Editado en Oviedo, Asturias

Por AsturiasPublica

***AsturiasPublica no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni del contenido de los artículos firmados por los autores ajenos al equipo de redacción. Queda prohibida la reproducción (total o parcial) de los contenidos de la publicación por cualquier medio o procedimiento sin la autorización previa de los autores.**

Edición: asturiaspublica@outlook.es

Publicidad: asturiaspublica@outlook.es (ASUNTO: PUBLICIDAD)

AS 02927-2022 ISSN: 2952-061

12/10/2029

Protección de datos y confidencialidad en el trabajo del auxiliar administrativo sanitario

Resumen

La protección de los datos personales constituye una cuestión esencial en las instituciones sanitarias, donde diariamente se maneja información especialmente sensible relacionada con el estado de salud de los ciudadanos. El personal auxiliar administrativo participa activamente en numerosos procesos que requieren el acceso y tratamiento de información personal: admisión de pacientes, gestión de citas, actualización de datos, tramitación de documentación, archivo y atención al usuario. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la confidencialidad y la protección de datos en las funciones administrativas desarrolladas dentro de los centros sanitarios. Para ello se realizó una revisión documental de la normativa española y europea y de documentación institucional relacionada con la protección de la información sanitaria. Los resultados muestran que el acceso del personal administrativo a la información clínica debe estar limitado a los datos necesarios para el desempeño de sus funciones. Asimismo, se identifican como elementos esenciales la formación continuada, el control de accesos, la correcta identificación del usuario y la aplicación de medidas organizativas que eviten divulgaciones indebidas. Se concluye que el auxiliar administrativo desempeña un papel relevante en la protección de la intimidad de los pacientes y en el funcionamiento seguro del sistema de información sanitario.

Palabras clave

Auxiliar administrativo; protección de datos; confidencialidad; historia clínica; sanidad; privacidad.

Introducción

Los centros sanitarios generan y gestionan diariamente una gran cantidad de información personal. Datos identificativos, citas, informes médicos, pruebas diagnósticas y otros documentos forman parte de sistemas de información a los que acceden diferentes categorías profesionales.

Los datos relativos a la salud reciben una protección reforzada en el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea, que los incluye entre las categorías especiales de datos personales. En España, este marco se complementa, entre otras normas, con la Ley Orgánica 3/2018 y con la Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente.

La protección de esta información no corresponde únicamente al personal médico o de enfermería. El personal administrativo tiene contacto frecuente con datos personales durante tareas como la admisión, la programación de consultas, la modificación de datos identificativos, la gestión documental o la entrega de determinados documentos.

La Ley 41/2002 establece expresamente que el personal de administración y gestión de los centros sanitarios únicamente puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones. Además, las personas que acceden a esta información están sometidas al deber de secreto.

Por tanto, resulta necesario que el auxiliar administrativo conozca no solo los procedimientos técnicos de su puesto, sino también los límites relacionados con la privacidad y la confidencialidad.

El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la protección de datos en las funciones del auxiliar administrativo sanitario, identificar situaciones de riesgo y describir medidas que favorezcan un tratamiento seguro de la información.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental. Se consultaron normas jurídicas y documentos institucionales relacionados con la protección de datos personales y la documentación clínica.

Como fuentes principales se analizaron el Reglamento (UE) 2016/679, la Ley Orgánica 3/2018 y la Ley 41/2002. La información fue organizada en cuatro áreas: acceso a la información, confidencialidad, seguridad en las tareas administrativas y medidas preventivas.

No se utilizaron datos personales de pacientes ni se realizó intervención sobre personas, por lo que el trabajo se limita al análisis documental de fuentes públicas.

Resultados

La revisión realizada permite identificar varios aspectos especialmente relacionados con la actividad administrativa sanitaria.

En primer lugar, el acceso a los datos debe responder a una necesidad profesional. El hecho de que un trabajador disponga técnicamente de acceso a una aplicación informática no significa que pueda consultar cualquier historia clínica. La Ley 41/2002 limita el acceso del personal de administración y gestión a aquellos datos vinculados con sus funciones.

En segundo lugar, la confidencialidad afecta tanto a los sistemas informáticos como a las actuaciones cotidianas. Una conversación sobre un paciente en una zona accesible al público, dejar documentación visible sobre un mostrador o proporcionar información telefónica sin comprobar adecuadamente la identidad pueden comprometer la privacidad.

Un tercer aspecto es la seguridad de las credenciales. Las contraseñas personales no deben compartirse y las sesiones informáticas deben cerrarse o

bloquearse cuando se abandona el puesto. El registro de accesos permite además establecer mecanismos de trazabilidad.

También resulta importante la correcta identificación del paciente. Antes de modificar información, proporcionar determinada documentación o realizar trámites sensibles, deben aplicarse los procedimientos de identificación establecidos por el centro.

Finalmente, la revisión pone de manifiesto la importancia de la formación. La normativa y las herramientas digitales evolucionan, por lo que la capacitación periódica facilita que el trabajador conozca tanto sus obligaciones como los procedimientos internos.

Discusión

El auxiliar administrativo ocupa una posición particular dentro de la organización sanitaria. Aunque su función no sea realizar diagnósticos o tratamientos, puede manejar información cuya divulgación inadecuada afecte directamente a la intimidad de las personas.

La protección de datos no debe interpretarse únicamente como una obligación jurídica. También constituye un componente de la calidad de la atención. Un paciente que entrega documentación o explica una circunstancia personal en un mostrador necesita confiar en que la información será utilizada exclusivamente para la finalidad correspondiente.

El diseño de los espacios administrativos también influye. Las zonas de admisión deben procurar que las conversaciones no sean escuchadas innecesariamente por terceros. Del mismo modo, pantallas, impresoras y documentos físicos deberían ubicarse de manera que reduzcan exposiciones accidentales.

La digitalización introduce ventajas importantes, pero también nuevos riesgos. La historia clínica electrónica facilita el acceso a la información necesaria, aunque exige controles adecuados sobre usuarios, permisos y trazabilidad.

La responsabilidad debe entenderse de manera organizativa. No es suficiente exigir prudencia individual al trabajador; los centros necesitan procedimientos claros, herramientas seguras, perfiles de acceso adecuados y formación continuada.

Conclusiones

La protección de datos es una responsabilidad esencial dentro de la actividad administrativa sanitaria. El auxiliar administrativo accede a información personal durante numerosas tareas y debe utilizarla exclusivamente para el cumplimiento de sus funciones.

El principio de acceso limitado, el deber de confidencialidad, la correcta identificación de los usuarios, la custodia de documentos y la seguridad de las credenciales constituyen prácticas fundamentales.

La formación periódica y la existencia de protocolos claros reducen el riesgo de accesos o comunicaciones inadecuadas.

En definitiva, una correcta actuación administrativa protege los derechos del paciente y contribuye simultáneamente a mejorar la seguridad y la calidad del funcionamiento de los centros sanitarios.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos*. Diario Oficial de la Unión Europea.

La humanización de la atención al paciente desde el área administrativa sanitaria

Resumen

La calidad de la asistencia sanitaria no depende exclusivamente de las actuaciones clínicas. El contacto del paciente con el sistema comienza frecuentemente en servicios administrativos como admisión, citaciones, información o atención telefónica. El objetivo de este trabajo es analizar la contribución del auxiliar administrativo a una atención sanitaria humanizada y centrada en las personas. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación relacionada con los derechos de los pacientes y la organización de la atención sanitaria. Los resultados muestran que la comunicación clara, la escucha, el respeto a la intimidad, la accesibilidad y la adecuada gestión de situaciones conflictivas son componentes relevantes de la atención administrativa. La presión asistencial puede dificultar estas actuaciones, por lo que la humanización requiere tanto habilidades individuales como medidas organizativas. Se concluye que el auxiliar administrativo representa un punto fundamental de contacto entre el ciudadano y la organización sanitaria y que una atención administrativa respetuosa, comprensible y eficaz contribuye a mejorar la experiencia global del paciente.

Palabras clave

Humanización; paciente; auxiliar administrativo; atención al usuario; comunicación; calidad asistencial.

Introducción

Cuando una persona acude a un centro sanitario puede encontrarse en una situación de preocupación, incertidumbre o vulnerabilidad. Antes de ser atendida por un profesional sanitario, frecuentemente debe dirigirse al área administrativa para confirmar una cita, actualizar información o conocer dónde debe acudir.

Por esta razón, la percepción de la calidad del servicio puede comenzar a construirse desde el primer contacto con admisión o información.

La humanización de la asistencia supone reconocer al paciente como una persona con derechos, necesidades y circunstancias particulares. En el ámbito administrativo este enfoque se traduce en aspectos aparentemente sencillos, pero relevantes: escuchar sin interrumpir innecesariamente, ofrecer instrucciones comprensibles, preservar la intimidad, evitar respuestas despersonalizadas y procurar alternativas cuando un problema no pueda resolverse directamente.

La Ley 41/2002 sitúa entre sus principios el respeto a la dignidad de la persona, su autonomía y su intimidad. Estos derechos deben estar presentes en todos los puntos de contacto con la organización sanitaria.

El objetivo de este trabajo es estudiar el papel del auxiliar administrativo en la humanización de la atención y describir prácticas que pueden favorecer una experiencia más satisfactoria para los usuarios.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de fuentes normativas e institucionales relacionadas con derechos de los pacientes, atención al usuario y funcionamiento de los servicios sanitarios.

La información se clasificó en cinco dimensiones aplicables al trabajo administrativo: comunicación, privacidad, accesibilidad, resolución de necesidades y gestión de situaciones difíciles.

El trabajo no pretende medir cuantitativamente la satisfacción de los pacientes, sino identificar, mediante revisión documental, elementos que pueden incorporarse a la actividad administrativa cotidiana.

Resultados

La revisión permite destacar la comunicación como uno de los componentes fundamentales. Una explicación administrativa debe ser clara y adaptada a la persona que recibe la información. El uso excesivo de tecnicismos, siglas o instrucciones poco precisas puede generar confusión.

La escucha constituye otro elemento importante. Antes de ofrecer una solución, el trabajador debe comprender qué necesita el usuario. Una demanda aparentemente sencilla puede esconder dificultades relacionadas con movilidad, desconocimiento de procedimientos o problemas para utilizar herramientas digitales.

También se identifica la privacidad como un componente de la humanización. Preguntar datos personales en voz excesivamente alta o comentar información delante de terceros puede afectar a la dignidad y confidencialidad del paciente.

La accesibilidad adquiere especial importancia ante personas mayores, ciudadanos con discapacidad o usuarios con dificultades para utilizar sistemas electrónicos. La transformación digital no debería eliminar completamente la posibilidad de recibir orientación mediante otros canales cuando resulte necesario.

Finalmente, la gestión de conflictos aparece como una competencia relevante. Retrasos, dificultades para obtener una cita o errores administrativos pueden generar frustración. Una respuesta profesional debe mantener el respeto, explicar aquello que se conoce y orientar hacia los canales adecuados de resolución.

Discusión

Humanizar no significa que el personal administrativo pueda resolver cualquier demanda ni eliminar las limitaciones estructurales del sistema. Significa gestionar la relación con el usuario de una manera respetuosa dentro de las posibilidades y competencias profesionales.

Resulta especialmente importante distinguir empatía de concesión. Comprender el malestar de una persona no obliga a incumplir procedimientos ni modificar criterios asistenciales. El administrativo puede reconocer la preocupación, explicar el procedimiento y ofrecer las alternativas existentes.

Asimismo, la responsabilidad no puede recaer exclusivamente sobre el trabajador. Las largas colas, los espacios que no garantizan privacidad o la insuficiencia de personal pueden dificultar una atención personalizada. Por ello, la humanización también necesita planificación organizativa.

La formación en comunicación, resolución de conflictos y atención a personas con necesidades específicas puede complementar los conocimientos técnicos del auxiliar administrativo.

Conclusiones

El personal auxiliar administrativo participa directamente en la experiencia del paciente dentro del sistema sanitario.

La comunicación comprensible, la escucha activa, el respeto, la privacidad y una adecuada orientación constituyen elementos fundamentales de una atención administrativa humanizada.

La digitalización debe acompañarse de medidas que eviten generar nuevas barreras para las personas con menores competencias digitales.

La humanización requiere combinar competencias profesionales individuales con una organización adecuada de los servicios.

El auxiliar administrativo debe ser considerado, por tanto, un participante relevante en la calidad global de la atención sanitaria.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Transformación digital y nuevas competencias del auxiliar administrativo en el sistema sanitario

Resumen

La transformación digital está modificando la organización de los servicios sanitarios y las funciones desarrolladas por sus profesionales. Historia clínica

electrónica, cita por internet, receta electrónica, identificación digital e interoperabilidad forman parte de un entorno en el que el personal administrativo desempeña un papel fundamental. El objetivo del presente trabajo es analizar el impacto de la digitalización sobre las tareas del auxiliar administrativo sanitario y las competencias necesarias para adaptarse a esta transformación. Se llevó a cabo una revisión narrativa de documentación oficial sobre salud digital y legislación relacionada. Los resultados muestran que la digitalización puede agilizar procedimientos, facilitar el acceso a información y mejorar la coordinación, aunque también introduce retos relacionados con la protección de datos, la seguridad, la formación y la brecha digital. Se concluye que la tecnología no elimina la importancia del personal administrativo, sino que transforma sus funciones y aumenta la necesidad de competencias digitales, capacidad de orientación y conocimiento de los procedimientos de seguridad.

Palabras clave

Salud digital; auxiliar administrativo; digitalización; administración sanitaria; interoperabilidad; competencias digitales.

Introducción

Los sistemas sanitarios han experimentado una transformación tecnológica progresiva durante las últimas décadas. Procesos que anteriormente requerían documentos en papel se realizan actualmente mediante aplicaciones informáticas interconectadas.

En España, la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud 2021-2026 ha establecido un marco para impulsar los servicios digitales, mejorar la interoperabilidad y potenciar el uso adecuado de los datos sanitarios.

Esta transformación afecta directamente al auxiliar administrativo. La gestión de citas, identificación de usuarios, tramitación de solicitudes y consulta de determinada información se realiza mediante sistemas digitales que requieren conocimientos específicos.

Sin embargo, digitalizar un procedimiento no significa únicamente sustituir el papel por una pantalla. Supone modificar procesos de trabajo, incorporar medidas de seguridad y garantizar que los ciudadanos puedan relacionarse adecuadamente con los servicios.

El objetivo de este trabajo es analizar las oportunidades y dificultades que la transformación digital presenta para el personal auxiliar administrativo sanitario.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación institucional y normativa española y europea relacionada con salud digital, protección de datos y documentación sanitaria.

Se analizaron especialmente los objetivos de la Estrategia de Salud Digital del SNS y su relación con los procesos administrativos. Los hallazgos se clasificaron en cuatro áreas: eficiencia, competencias profesionales, seguridad y accesibilidad para la ciudadanía.

Resultados

La digitalización facilita que determinadas gestiones se realicen de forma más rápida y con menor dependencia del soporte físico. Los sistemas de citación permiten modificar agendas, consultar citas y gestionar solicitudes desde un mismo entorno.

Otro beneficio es la disponibilidad de información. Los sistemas interoperables pueden contribuir a que la información necesaria acompañe al ciudadano cuando recibe asistencia en diferentes ámbitos.

Sin embargo, esta evolución aumenta la necesidad de capacitación profesional. El auxiliar administrativo debe conocer las aplicaciones utilizadas, los procedimientos de identificación, las normas de seguridad y los mecanismos disponibles para resolver incidencias.

La protección de datos constituye un reto transversal. Cuanto mayor es la cantidad de información disponible electrónicamente, mayor importancia adquieren la gestión adecuada de permisos, contraseñas, perfiles de acceso y trazabilidad.

Finalmente, aparece la brecha digital. No todas las personas tienen los mismos dispositivos, conocimientos o capacidad para realizar trámites electrónicos. En estos casos, el personal administrativo adquiere una función adicional de orientación.

Discusión

La transformación digital no debería analizarse únicamente en términos de ahorro de tiempo. Su verdadero valor depende de que contribuya a mejorar los procesos y la atención.

Para el auxiliar administrativo, esta transformación supone pasar progresivamente de tareas muy centradas en documentos físicos a funciones que requieren manejar diferentes plataformas, verificar información y orientar al usuario.

La Estrategia de Salud Digital del SNS reconoce precisamente la importancia de capacitar a los profesionales en tecnologías digitales. Esto refuerza la necesidad de programas de formación continuada.

También resulta necesario evitar que la tecnología genere exclusión. Una persona que no sabe utilizar una aplicación móvil no debería quedar desatendida. El personal administrativo puede contribuir a identificar estas

situaciones y ofrecer los canales disponibles según los procedimientos establecidos.

La tecnología debe concebirse como una herramienta al servicio de las personas y no como una barrera adicional.

Conclusiones

La digitalización está transformando profundamente la administración sanitaria y las funciones del auxiliar administrativo.

Las herramientas digitales pueden mejorar la eficiencia, el acceso a la información y la coordinación entre servicios.

Su utilización exige competencias digitales actualizadas y un conocimiento adecuado de las obligaciones de seguridad y confidencialidad.

La brecha digital constituye un desafío que debe considerarse en el diseño de los procedimientos.

La formación continuada del personal administrativo será fundamental para aprovechar las posibilidades de la transformación digital manteniendo una atención accesible, segura y centrada en el ciudadano.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud 2021-2026*. Gobierno de España.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016*. Diario Oficial de la Unión Europea.

Gestión administrativa de citas y listas de espera en el Sistema Nacional de Salud

Resumen

La gestión de citas y listas de espera constituye uno de los procesos organizativos de mayor relevancia para el funcionamiento de los servicios sanitarios. El personal auxiliar administrativo participa en la programación, modificación y cancelación de citas, actualización de datos y comunicación con los usuarios. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de una gestión administrativa eficiente de las citas y su relación con el acceso a la asistencia sanitaria. Se realizó una revisión documental de normativa y fuentes

institucionales del Sistema Nacional de Salud. Los resultados muestran que la calidad de los registros, la actualización de datos, la correcta gestión de cancelaciones y la coordinación entre servicios son elementos fundamentales. Asimismo, los sistemas digitales permiten mejorar determinados procesos, aunque no sustituyen la necesidad de procedimientos homogéneos y personal adecuadamente formado. Se concluye que la actividad administrativa constituye una pieza relevante en la utilización eficiente de los recursos sanitarios y en la comunicación entre pacientes y servicios asistenciales.

Palabras clave

Citación; listas de espera; auxiliar administrativo; gestión sanitaria; atención sanitaria; organización.

Introducción

El acceso a una consulta, prueba diagnóstica o intervención requiere una estructura organizativa capaz de relacionar la demanda de los pacientes con los recursos disponibles.

Las listas de espera representan un fenómeno complejo sobre el que influyen numerosos factores asistenciales, demográficos y organizativos. El personal administrativo no determina las prioridades clínicas ni la disponibilidad de recursos, pero participa en diferentes procesos necesarios para que la información sea correcta y las agendas funcionen adecuadamente.

Entre sus tareas pueden encontrarse la asignación de citas conforme a los procedimientos establecidos, modificación y cancelación, actualización de datos de contacto y orientación sobre trámites.

En España existe un Sistema de Información sobre Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud, y el Real Decreto 605/2003 estableció medidas para un tratamiento homogéneo de esta información.

El objetivo de este trabajo es analizar el papel de la gestión administrativa de citas y describir medidas que pueden contribuir a una utilización más eficiente de las agendas sanitarias.

Metodología

Se realizó una revisión documental de normativa española, información publicada por el Ministerio de Sanidad y documentación relacionada con las listas de espera del SNS.

La información identificada se organizó en cuatro dimensiones: calidad de los datos, gestión de agendas, comunicación con los pacientes y coordinación organizativa.

Al tratarse de una revisión documental, no se utilizaron historias clínicas ni datos identificativos de usuarios.

Resultados

El primer elemento identificado es la importancia de disponer de información administrativa actualizada. Un teléfono incorrecto, una dirección desactualizada o un error de identificación pueden dificultar la comunicación con el paciente.

En segundo lugar, la gestión de anulaciones y modificaciones resulta relevante para el aprovechamiento de las agendas. Cuando una cita que no va a utilizarse puede ser cancelada con suficiente antelación y el sistema dispone de procedimientos adecuados, existe la posibilidad de reasignar el espacio.

La comunicación es otro aspecto fundamental. Las instrucciones sobre fecha, hora, ubicación o requisitos administrativos deben transmitirse de forma clara para reducir errores evitables.

Los sistemas digitales ofrecen nuevas posibilidades mediante recordatorios y canales electrónicos. Sin embargo, deben coexistir con alternativas adecuadas para las personas que presentan dificultades tecnológicas.

Finalmente, la calidad de los datos resulta imprescindible para analizar el funcionamiento del sistema. Los indicadores dependen de la información registrada y de la aplicación homogénea de criterios.

Discusión

Es importante no atribuir al personal administrativo la responsabilidad global sobre las listas de espera. Los tiempos de acceso dependen de factores como recursos disponibles, demanda asistencial, capacidad de los centros y criterios clínicos.

No obstante, una administración eficiente puede evitar determinados problemas añadidos. Los errores de citación, duplicidades, datos de contacto incorrectos o cancelaciones mal gestionadas pueden generar ineficiencias.

El auxiliar administrativo actúa como enlace entre la estructura organizativa y el ciudadano. Por ello necesita conocer los circuitos establecidos y saber derivar las cuestiones clínicas a los profesionales competentes.

Asimismo, debe evitar proporcionar interpretaciones clínicas o alterar prioridades asistenciales fuera de los procedimientos establecidos. La delimitación clara de competencias protege tanto al trabajador como al paciente.

La mejora de los sistemas informáticos, la interoperabilidad y la formación pueden facilitar este trabajo, pero deben ir acompañadas de procedimientos organizativos adecuados.

Conclusiones

La gestión administrativa de citas es un componente fundamental de la organización sanitaria.

La calidad de los datos y la correcta gestión de modificaciones y cancelaciones contribuyen al funcionamiento adecuado de las agendas.

La comunicación clara con los usuarios puede reducir incidencias administrativas y facilitar el acceso a la asistencia.

El auxiliar administrativo no establece prioridades clínicas, pero desempeña una función relevante en la aplicación de los procedimientos de citación.

La combinación de tecnología, formación y protocolos homogéneos puede contribuir a una gestión más eficiente de los recursos disponibles.

Bibliografía

España. (2003). *Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado.

España. (2011). *Real Decreto 1039/2011, de 15 de julio, por el que se establecen los criterios marco para garantizar un tiempo máximo de acceso a las prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado.

Ministerio de Sanidad. (2026). *Sistema de Información de Listas de Espera del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud 2021-2026*. Gobierno de España.

Prevención del estrés laboral y los riesgos psicosociales en el personal administrativo sanitario

Resumen

El entorno sanitario puede presentar condiciones laborales asociadas a presión temporal, elevada demanda de atención, contacto continuado con usuarios y necesidad de gestionar situaciones complejas. Estas circunstancias también afectan al personal administrativo. El objetivo de este trabajo es analizar los principales factores de riesgo psicosocial que pueden presentarse en las funciones administrativas sanitarias y describir medidas preventivas aplicables en las organizaciones. Se realizó una revisión narrativa de documentación procedente de organismos oficiales de prevención y salud. Los resultados muestran la relevancia de factores como sobrecarga de trabajo, escaso control sobre las tareas, conflictos interpersonales, falta de apoyo y dificultades organizativas. Las medidas preventivas deben dirigirse prioritariamente a la organización del trabajo, sin limitarse a estrategias individuales. Se concluye que

la prevención de los riesgos psicosociales puede favorecer el bienestar de los trabajadores y contribuir a mantener una atención administrativa de calidad.

Palabras clave

Estrés laboral; riesgos psicosociales; auxiliar administrativo; sanidad; prevención; salud laboral.

Introducción

El trabajo administrativo sanitario combina tareas de gestión con una relación frecuente con pacientes, familiares y profesionales. Esta actividad puede desarrollarse en contextos de elevada demanda y presión temporal.

El trabajador puede tener que atender simultáneamente llamadas, usuarios presenciales, incidencias informáticas y solicitudes procedentes de diferentes servicios. Además, algunas personas acuden al centro preocupadas o frustradas, lo que puede generar situaciones de tensión.

La Organización Mundial de la Salud identifica la presión temporal, la falta de control sobre las tareas, las jornadas prolongadas, la falta de apoyo y una organización inadecuada como factores asociados al estrés ocupacional en trabajadores del ámbito sanitario.

Los riesgos psicosociales deben abordarse desde la prevención laboral y no considerarse únicamente un problema de capacidad individual para soportar situaciones difíciles.

El objetivo del presente trabajo es analizar los principales riesgos psicosociales relacionados con la actividad administrativa sanitaria y las medidas que pueden contribuir a prevenirlos.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión narrativa de documentos institucionales sobre salud laboral y riesgos psicosociales, con especial atención a materiales de la Organización Mundial de la Salud y del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

La información fue agrupada en tres categorías: factores de riesgo, posibles consecuencias y estrategias preventivas.

No se realizaron cuestionarios ni intervenciones sobre trabajadores, por lo que los resultados corresponden exclusivamente a la síntesis de las fuentes revisadas.

Resultados

Entre los factores identificados destaca la carga de trabajo. Una elevada demanda mantenida y acompañada de presión temporal puede favorecer la aparición de estrés.

Otro elemento es la falta de control sobre las tareas. El trabajador puede recibir demandas cuya resolución depende de otros servicios, lo que puede generar tensión especialmente cuando debe comunicar al usuario que no dispone de una solución inmediata.

El contacto con personas enfadadas o preocupadas representa igualmente una exigencia emocional. Las situaciones de agresividad verbal requieren procedimientos de prevención y apoyo organizativo.

La falta de claridad sobre funciones o la recepción de instrucciones contradictorias pueden generar conflictos de rol.

Entre las medidas preventivas identificadas se encuentran una adecuada distribución de cargas, claridad en las funciones, mejora de la comunicación interna, apoyo de los responsables, formación para situaciones conflictivas y procedimientos de actuación ante violencia o agresiones.

También pueden ser útiles medidas individuales como descansos adecuados y técnicas de gestión del estrés, pero estas no deberían sustituir la intervención sobre las condiciones organizativas que originan el riesgo.

Discusión

El estrés laboral suele analizarse erróneamente como una dificultad exclusivamente individual. Sin embargo, los organismos especializados en prevención destacan la influencia de la organización del trabajo.

En el ámbito administrativo sanitario, decir al trabajador que gestione mejor el estrés tiene una eficacia limitada si continúa enfrentándose a cargas excesivas, instrucciones contradictorias o ausencia de apoyo ante situaciones conflictivas.

Por ello, la prevención debe comenzar con una adecuada evaluación de riesgos psicosociales. A partir de los resultados pueden establecerse medidas adaptadas a cada unidad.

La formación es importante, especialmente para mejorar la comunicación y afrontar conflictos, pero debe integrarse dentro de una estrategia más amplia.

Además, proteger la salud de los trabajadores tiene repercusiones sobre la calidad del servicio. Un entorno organizativo adecuado facilita la concentración, reduce el desgaste y favorece una relación profesional con los usuarios.

Conclusiones

Los riesgos psicosociales también afectan al personal auxiliar administrativo de los centros sanitarios.

La sobrecarga, la presión temporal, la falta de autonomía, los conflictos de rol y la exposición a situaciones tensas constituyen factores que deben ser evaluados.

La prevención debe priorizar medidas organizativas relacionadas con las cargas de trabajo, comunicación, apoyo y definición de funciones.

La capacitación para gestionar situaciones conflictivas puede complementar, pero no sustituir, las medidas preventivas organizacionales.

Cuidar la salud laboral del personal administrativo contribuye tanto al bienestar profesional como a mantener una atención de calidad para los ciudadanos.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2026). *Síntesis de la evidencia sobre factores de riesgo psicosocial y salud mental en el personal sanitario*. INSST.

Organización Mundial de la Salud. (s. f.). *Riesgos psicosociales y salud mental: riesgos laborales en el sector de la salud*. OMS.

SOFT SKILLS EN EL PERSONAL NO SANITARIO HOSPITALARIO: COMPETENCIAS PARA MEJORAR LA COMUNICACIÓN Y EL TRABAJO EN EQUIPO

Introducción

Las soft skills o competencias transversales comprenden un conjunto de habilidades personales, sociales y comunicativas que permiten a los trabajadores desenvolverse eficazmente en diferentes situaciones laborales. En el ámbito hospitalario, estas competencias adquieren especial importancia, ya que el funcionamiento de los centros depende de la coordinación entre profesionales de diferentes categorías. Aunque tradicionalmente se ha prestado mayor atención a las competencias técnicas del personal sanitario, el personal no sanitario también desempeña funciones esenciales para el correcto funcionamiento de las organizaciones hospitalarias. Administrativos, celadores, personal de limpieza, mantenimiento, hostelería y otros trabajadores mantienen una interacción constante con pacientes, familiares y profesionales. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de las soft skills en el personal no sanitario hospitalario, especialmente en relación con la comunicación, el trabajo en equipo y la mejora del entorno laboral.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las competencias transversales y su aplicación en el ámbito laboral y hospitalario, con especial atención al personal no sanitario. Se consultaron bases de datos bibliográficas y fuentes institucionales relacionadas con gestión de personas, salud laboral y organizaciones sanitarias, incluyendo PubMed, Scopus, SciELO y organismos oficiales. Se utilizaron como términos de búsqueda “soft skills”, “competencias transversales”, “personal no sanitario”, “hospital”, “comunicación” y “trabajo en equipo”. Se seleccionaron publicaciones en español e inglés que analizaran la influencia de estas competencias sobre las relaciones laborales, la comunicación, la colaboración profesional y el bienestar de los trabajadores.

Resultados

La revisión muestra que las principales soft skills aplicables al personal no sanitario incluyen la comunicación efectiva, la empatía, la escucha activa, la capacidad de adaptación, la gestión emocional, la resolución de conflictos, la responsabilidad y el trabajo en equipo. Estas habilidades facilitan las relaciones interpersonales y contribuyen a crear un entorno laboral más colaborativo.

Una comunicación clara y respetuosa puede disminuir los malentendidos y favorecer la coordinación entre los diferentes servicios hospitalarios. Del mismo modo, la capacidad de trabajar en equipo permite afrontar de manera más eficaz situaciones de elevada carga laboral, cambios organizativos o problemas inesperados.

La formación en competencias transversales puede mejorar la confianza de los trabajadores, favorecer un clima laboral positivo y reducir determinados conflictos interpersonales. Asimismo, el desarrollo de habilidades como la empatía y la escucha activa resulta especialmente relevante para el personal que mantiene contacto directo con pacientes y familiares, ya que permite ofrecer una atención más humana y respetuosa.

Para potenciar estas competencias resulta recomendable desarrollar programas formativos basados en situaciones prácticas, dinámicas de grupo, resolución de conflictos y comunicación interpersonal. La implicación de responsables y equipos directivos también es necesaria para consolidar estas habilidades dentro de la cultura organizativa.

Conclusiones

Las soft skills constituyen una herramienta fundamental para mejorar el desempeño y las relaciones laborales del personal no sanitario hospitalario. La comunicación efectiva y el trabajo en equipo favorecen la coordinación entre profesionales y contribuyen a generar entornos laborales más saludables y eficientes. La incorporación de programas de formación en competencias transversales puede mejorar la capacidad de adaptación, la resolución de conflictos y la relación con pacientes, familiares y compañeros. Por ello, los

centros hospitalarios deberían considerar el desarrollo de estas competencias como parte de sus estrategias de formación y mejora organizativa. Potenciar las habilidades personales y sociales del personal no sanitario beneficia tanto a los trabajadores como al funcionamiento global del centro hospitalario.

Bibliografía

1. World Health Organization. *Global strategy on human resources for health: Workforce 2030*. Geneva: WHO; 2016.

2. Organización Internacional del Trabajo. *Skills for a greener future*. Ginebra: OIT; 2019.

3. Heckman JJ, Kautz T. Hard evidence on soft skills. *Labour Economics*. 2012;19(4):451-464.

4. Robles MM. Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace. *Business Communication Quarterly*. 2012;75(4):453-465.

5. Succi C, Canovi M. Soft skills to enhance graduate employability: comparing students and employers' perceptions. *Studies in Higher Education*. 2020;45(9):1834-1847.

VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: PREVENCIÓN Y ABORDAJE DESDE EL PERSONAL NO SANITARIO

Introducción

La violencia de género constituye un importante problema social y de salud pública que afecta a mujeres de diferentes edades, condiciones sociales y contextos. Aunque los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en la detección y atención de las víctimas, el personal no sanitario de los centros hospitalarios también puede tener un papel relevante. Administrativos, celadores, personal de limpieza, mantenimiento, hostelería y otros trabajadores mantienen contacto habitual con pacientes y familiares, pudiendo detectar comportamientos, situaciones o señales de alarma que pasen desapercibidas. El ámbito hospitalario puede convertirse, por tanto, en un espacio privilegiado para la prevención, detección y orientación ante posibles casos de violencia de género. El objetivo de este trabajo es analizar el papel del personal no sanitario hospitalario en la prevención y el abordaje inicial de estas situaciones, destacando la importancia de la formación, sensibilización y coordinación profesional.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sobre violencia de género, prevención y actuación en el ámbito sanitario, con especial atención al papel de los profesionales no sanitarios. Se consultaron bases de datos bibliográficas y fuentes institucionales relacionadas con salud pública, igualdad y prevención de la violencia de género, incluyendo PubMed, SciELO, Scopus y organismos oficiales. Se utilizaron como términos de búsqueda “violencia de género”, “violencia contra la mujer”, “ámbito hospitalario”, “personal no sanitario”,

“prevención” y “detección”. Se seleccionaron documentos y publicaciones en español e inglés que abordasen estrategias de prevención, identificación de situaciones de riesgo y actuación coordinada ante posibles casos.

Resultados

La revisión muestra que el personal no sanitario puede desempeñar una función importante en la detección precoz, especialmente por su contacto directo y cotidiano con pacientes y acompañantes. Algunas señales de alerta pueden ser cambios bruscos de comportamiento, miedo o ansiedad ante determinadas personas, aislamiento, lesiones aparentemente inexplicables, control excesivo por parte de la pareja o dificultad para comunicarse libremente.

Sin embargo, la identificación de estas situaciones requiere formación específica para evitar prejuicios, actuaciones inadecuadas o situaciones que puedan incrementar el riesgo para la víctima. El personal no sanitario no debe asumir funciones clínicas ni realizar interrogatorios, sino observar, escuchar de manera respetuosa y comunicar las situaciones sospechosas a los profesionales y responsables correspondientes, siguiendo los protocolos establecidos por cada centro.

La prevención debe incluir programas de sensibilización, formación en igualdad y violencia de género, conocimiento de los protocolos internos y capacitación para actuar ante situaciones de riesgo. Asimismo, resulta fundamental garantizar la confidencialidad, la intimidad y la seguridad de la víctima, así como una adecuada coordinación entre los diferentes profesionales y servicios implicados.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta integral en la que participe todo el personal de los centros hospitalarios. El personal no sanitario, debido a su contacto frecuente con pacientes y familiares, puede contribuir significativamente a la detección precoz y a la activación de los mecanismos de ayuda disponibles. La formación y sensibilización de estos trabajadores son herramientas esenciales para reconocer posibles señales de violencia y actuar de forma adecuada, evitando la revictimización. La existencia de protocolos claros y una correcta coordinación con los profesionales sanitarios y servicios especializados favorecen una atención segura y eficaz. Por ello, los centros hospitalarios deben promover una cultura de tolerancia cero frente a la violencia de género y garantizar la preparación de todo su personal.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer*. Ginebra: OMS; 2021.

2. Organización de las Naciones Unidas. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York: Naciones Unidas; 1993.

3. Ministerio de Igualdad. *Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género*. Madrid: Gobierno de España.

4. Ministerio de Sanidad. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

5. García-Moreno C, Hegarty K, d'Oliveira AFL, et al. The health-systems response to violence against women. *The Lancet*. 2015;385(9977):1567-1579.

BURNOUT EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: IMPACTO Y PREVENCIÓN EN EL PERSONAL NO SANITARIO

Introducción

El síndrome de burnout es un fenómeno relacionado con el estrés laboral crónico que puede afectar al bienestar físico y psicológico de los trabajadores. Se caracteriza principalmente por agotamiento emocional, distanciamiento o actitudes negativas hacia el trabajo y una disminución de la eficacia profesional. Aunque tradicionalmente se ha estudiado en profesionales sanitarios, el personal no sanitario de los centros hospitalarios también está expuesto a factores que pueden favorecer su aparición. Administrativos, celadores, personal de limpieza, mantenimiento, hostelería y otros trabajadores desarrollan su actividad en entornos caracterizados por presión laboral, turnos, contacto con pacientes y familiares y, en ocasiones, elevada carga de trabajo. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto del burnout en el personal no sanitario hospitalario y destacar las principales medidas destinadas a su prevención.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el síndrome de burnout y los factores de riesgo psicosocial relacionados con el trabajo en el ámbito hospitalario, prestando especial atención al personal no sanitario. Se consultaron bases de datos bibliográficas y fuentes institucionales relacionadas con salud laboral y riesgos psicosociales, incluyendo PubMed, SciELO, Scopus y organismos oficiales. Se emplearon como términos de búsqueda "burnout", "síndrome de desgaste profesional", "personal no sanitario", "hospital", "estrés laboral" y "prevención". Se seleccionaron publicaciones en español e inglés que analizasen los factores asociados al burnout, sus consecuencias y las estrategias organizativas e individuales de prevención.

Resultados

La revisión muestra que el burnout puede aparecer como consecuencia de una exposición prolongada a situaciones de estrés laboral sin una adecuada recuperación. En el personal no sanitario hospitalario pueden contribuir factores como la sobrecarga de trabajo, la falta de personal, los turnos rotatorios, la escasa autonomía, los conflictos laborales, la presión temporal y la dificultad para conciliar la vida laboral y personal.

Entre las principales consecuencias se encuentran el cansancio físico y emocional, irritabilidad, desmotivación, dificultades de concentración, alteraciones del sueño y disminución del rendimiento laboral. Además, el burnout puede incrementar el absentismo, favorecer los conflictos entre compañeros y deteriorar el clima organizacional. Estas circunstancias pueden repercutir indirectamente en la calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios.

La prevención debe abordarse principalmente desde una perspectiva organizativa. Es necesario evaluar periódicamente los riesgos psicosociales, adecuar las cargas de trabajo, mejorar la organización de los turnos y favorecer una comunicación efectiva entre trabajadores y responsables. También son importantes las medidas individuales, como la formación en manejo del estrés, el establecimiento de límites laborales y la promoción de hábitos saludables. La detección precoz de los síntomas permite intervenir antes de que el problema se cronifique.

Conclusiones

El burnout constituye un problema relevante de salud laboral que también afecta al personal no sanitario de los centros hospitalarios. Las características propias del entorno hospitalario pueden favorecer la aparición de estrés laboral mantenido y contribuir al desarrollo del síndrome. La prevención debe centrarse en mejorar las condiciones de trabajo, reducir los factores de riesgo psicosocial y fomentar un entorno laboral basado en el apoyo y la comunicación. La identificación temprana de los síntomas y la intervención coordinada de trabajadores, responsables y servicios de prevención son fundamentales para proteger la salud de los empleados. Promover el bienestar laboral del personal no sanitario beneficia tanto a los trabajadores como al funcionamiento global de las organizaciones hospitalarias.

Bibliografía

1. World Health Organization. *Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases*. Geneva: WHO; 2019.

2. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*. 1981;2(2):99-113.

3. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016;15(2):103-111.

4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Riesgos psicosociales y salud laboral*. Madrid: INSST.

5. Organización Internacional del Trabajo. *Seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra: OIT.

MOBBING EN EL PERSONAL NO SANITARIO DE CENTROS HOSPITALARIOS: PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN

Introducción

El mobbing o acoso psicológico laboral constituye un riesgo psicosocial que puede afectar gravemente a la salud y al bienestar de los trabajadores. Se caracteriza por la exposición reiterada y prolongada a conductas hostiles, humillantes o intimidatorias en el entorno laboral, generalmente con el objetivo de menoscabar la dignidad, aislar o provocar la salida del trabajador de la organización. En los centros hospitalarios, esta problemática no afecta exclusivamente al personal sanitario, sino que también puede presentarse entre trabajadores no sanitarios, como personal administrativo, celadores, personal de limpieza, mantenimiento, hostelería o servicios de apoyo. Las características organizativas de los hospitales, como la elevada carga de trabajo, la presión asistencial, la jerarquización y la existencia de diferentes categorías profesionales, pueden favorecer la aparición de conflictos y situaciones de acoso. El objetivo de este trabajo es analizar el mobbing en el personal no sanitario hospitalario, destacando su prevención, detección y actuación.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sobre el acoso psicológico laboral y los riesgos psicosociales en el ámbito hospitalario. Se consultaron bases de datos y fuentes institucionales relacionadas con salud laboral, incluyendo PubMed, SciELO, Scopus y documentación de organismos de prevención de riesgos laborales. Se utilizaron como términos de búsqueda “mobbing”, “acoso laboral”, “personal no sanitario”, “hospital”, “riesgos psicosociales” y “workplace bullying”. Se seleccionaron publicaciones en español e inglés que abordaran la identificación de factores de riesgo, las consecuencias del acoso laboral y las estrategias de prevención e intervención.

Resultados

La literatura revisada indica que el mobbing puede manifestarse mediante críticas constantes, descalificaciones, aislamiento social, asignación de tareas inadecuadas, ocultación de información, amenazas o cuestionamiento sistemático del trabajo realizado. En el personal no sanitario hospitalario, estas conductas pueden verse favorecidas por relaciones jerárquicas rígidas, deficiencias organizativas, falta de comunicación y ausencia de protocolos claros.

Entre las consecuencias descritas se encuentran estrés, ansiedad, alteraciones del sueño, disminución de la autoestima, desmotivación, absentismo y deterioro del rendimiento laboral. Asimismo, el acoso puede repercutir negativamente sobre el clima laboral y la calidad de los servicios prestados.

La prevención debe comenzar con la evaluación periódica de los riesgos psicosociales y la implantación de políticas de tolerancia cero frente al acoso. Resulta fundamental establecer protocolos confidenciales que permitan comunicar y analizar las situaciones sospechosas. La formación de trabajadores y responsables en comunicación, resolución de conflictos y detección precoz también constituye una herramienta esencial. Ante un posible caso, debe garantizarse una investigación objetiva, confidencial y respetuosa con todas las partes implicadas.

Conclusiones

El mobbing constituye un problema relevante de salud laboral que puede afectar al personal no sanitario de los centros hospitalarios. Su prevención requiere identificar los factores organizativos y psicosociales que pueden favorecer su aparición, así como promover entornos laborales basados en el respeto y la comunicación. La detección precoz y la existencia de protocolos de actuación eficaces son fundamentales para evitar la cronificación del problema y reducir sus consecuencias. La implicación de la dirección, los servicios de prevención y los propios trabajadores resulta imprescindible para garantizar espacios hospitalarios seguros y saludables.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. *Entornos de trabajo seguros y saludables:*

principios y derechos fundamentales en el trabajo. OIT; 2022.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Acoso psicológico en el trabajo: definición y prevención*. Madrid: INSST.

3. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *European Journal of Work and Organizational Psychology*. 1996;5(2):165-184.

4. Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. *Bullying and Harassment in the Workplace: Theory, Research and Practice*. 2nd ed. Boca Raton: CRC Press; 2011.

5. World Health Organization. *Mental health at work*. Geneva: WHO; 2022.

ACOSO SEXUAL EN EL ÁMBITO HOSPITALARIO: SENSIBILIZACIÓN Y PROTECCIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO

Introducción

El acoso sexual en el entorno laboral constituye una forma de violencia que vulnera la dignidad, la integridad y los derechos de las personas trabajadoras. Se define como cualquier comportamiento de naturaleza sexual, verbal, no verbal o físico, que tenga el propósito o produzca el efecto de atentar contra la dignidad de una persona, especialmente cuando genera un entorno intimidatorio, degradante u ofensivo. En los centros hospitalarios, esta problemática puede afectar tanto al personal sanitario como al personal no sanitario, incluyendo trabajadores administrativos, celadores, personal de limpieza, mantenimiento, hostelería y otros servicios. Las relaciones jerárquicas, la diversidad de categorías profesionales y las situaciones de presión laboral pueden favorecer la aparición de conductas inadecuadas. El objetivo de este trabajo es analizar el acoso sexual en el ámbito hospitalario, haciendo especial énfasis en la sensibilización, prevención y protección del personal no sanitario.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sobre acoso sexual laboral y riesgos psicosociales en el entorno hospitalario, prestando especial atención a las estrategias de prevención y protección de los trabajadores. Se consultaron bases de datos bibliográficas y fuentes institucionales relacionadas con salud laboral, igualdad y prevención de riesgos, incluyendo PubMed, SciELO, Scopus y organismos oficiales. Los términos empleados fueron “acoso sexual laboral”, “acoso sexual”, “personal no sanitario”, “hospital”, “prevención” y “workplace sexual harassment”. Se seleccionaron publicaciones en español e inglés relacionadas con la identificación de conductas de acoso, sus consecuencias y las medidas organizativas destinadas a prevenirlas y abordarlas.

Resultados

La evidencia revisada señala que el acoso sexual puede manifestarse mediante comentarios, bromas o insinuaciones de carácter sexual, mensajes no

deseados, contacto físico inapropiado, solicitudes de favores sexuales o conductas que generen un ambiente laboral hostil. Estas situaciones pueden producirse entre compañeros, superiores jerárquicos, subordinados e incluso por parte de usuarios o familiares.

En el personal no sanitario, la falta de formación específica y el desconocimiento de los canales de denuncia pueden dificultar la identificación y comunicación de estas situaciones. Entre las consecuencias se encuentran estrés, ansiedad, inseguridad, pérdida de motivación, disminución del rendimiento, absentismo y deterioro del bienestar psicológico. Además, el miedo a posibles represalias puede provocar que las víctimas no comuniquen lo sucedido.

La prevención requiere establecer políticas claras de tolerancia cero, protocolos específicos y canales de comunicación confidenciales y accesibles. La formación periódica del personal debe permitir reconocer conductas constitutivas de acoso y conocer los mecanismos de actuación. También resulta fundamental garantizar que cualquier denuncia sea investigada de manera objetiva, confidencial y respetuosa, evitando la revictimización.

Conclusiones

El acoso sexual constituye un riesgo laboral que puede afectar al personal no sanitario de los centros hospitalarios y comprometer su bienestar y seguridad. La sensibilización y la formación son herramientas fundamentales para prevenir estas conductas y facilitar su detección temprana.

Los hospitales deben disponer de protocolos claros, mecanismos de denuncia seguros y medidas de protección para las personas afectadas. Asimismo, la dirección y los servicios de prevención deben promover una cultura organizativa basada en el respeto, la igualdad y la tolerancia cero frente al acoso. La participación activa de todo el personal resulta imprescindible para conseguir entornos hospitalarios seguros, saludables y libres de acoso sexual.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. *Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)*. Ginebra: OIT; 2019.

2. Organización Internacional del Trabajo. *Violence and harassment in the world of work*. Ginebra: OIT.

3. Ministerio de Igualdad. *Instituto de las Mujeres: igualdad en el ámbito laboral*. Madrid: Gobierno de España.

4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Acoso sexual y acoso por razón de sexo en el ámbito laboral*. Madrid: INSST.

5. Fitzgerald LF, Swan S, Fischer K. Why didn't she just report him? The psychological and legal implications of women's responses to sexual harassment. *Journal of Social Issues*. 1995;51(1):117-138.

Síndrome de Burnout en el ámbito hospitalario

INTRUCCION

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, es un problema cada vez más frecuente en el ámbito hospitalario. Se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, especialmente en profesiones que implican una alta carga emocional y contacto constante con el sufrimiento humano, como ocurre en médicos, enfermeros y personal sanitario.

Este síndrome fue descrito inicialmente por Herbert Freudenberger en 1974 y posteriormente desarrollado por Christina Maslach, quien lo definió a través de tres dimensiones principales: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. En el entorno hospitalario, estas manifestaciones pueden tener consecuencias tanto para los profesionales como para los pacientes.

El agotamiento emocional se refiere a la sensación de estar física y mentalmente exhausto debido a las demandas del trabajo. En hospitales, esto suele estar relacionado con jornadas largas, turnos nocturnos, alta presión asistencial y escasez de recursos. La despersonalización implica una actitud distante o fría hacia los pacientes, lo que puede afectar negativamente la calidad de la atención. Por último, la baja realización personal se manifiesta como una percepción de ineficacia y falta de logros en el trabajo.

Entre los factores de riesgo más relevantes en el ámbito hospitalario se encuentran la sobrecarga laboral, la falta de apoyo organizacional, la presión por tomar decisiones críticas, la exposición continua al dolor y la muerte, y la escasa conciliación entre la vida laboral y personal. Además, la pandemia de COVID-19 ha intensificado estos factores, aumentando significativamente los niveles de estrés en el personal sanitario.

Las consecuencias del burnout son múltiples. A nivel individual, puede provocar ansiedad, depresión, trastornos del sueño y problemas físicos como cefaleas o enfermedades cardiovasculares. A nivel organizacional, se traduce en mayor absentismo, rotación del personal y disminución en la calidad del cuidado. Esto último **Síndrome de Burnout en el ámbito hospitalario**

El síndrome de burnout, también conocido como síndrome de desgaste profesional, es un problema cada vez más frecuente en el ámbito hospitalario. Se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, especialmente en profesiones que implican una alta carga emocional y contacto constante con el sufrimiento humano, como ocurre en médicos, enfermeros y personal sanitario.

Este síndrome fue descrito inicialmente por Herbert Freudenberger en 1974 y posteriormente desarrollado por Christina Maslach, quien lo definió a través de tres dimensiones principales: el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. En el entorno hospitalario, estas manifestaciones pueden tener consecuencias tanto para los profesionales como para los pacientes.

El agotamiento emocional se refiere a la sensación de estar física y mentalmente exhausto debido a las demandas del trabajo. En hospitales, esto suele estar relacionado con jornadas largas, turnos nocturnos, alta presión asistencial y escasez de recursos. La despersonalización implica una actitud distante o fría hacia los pacientes, lo que puede afectar negativamente la calidad de la atención. Por último, la baja realización personal se manifiesta como una percepción de ineficacia y falta de logros en el trabajo.

Entre los factores de riesgo más relevantes en el ámbito hospitalario se encuentran la sobrecarga laboral, la falta de apoyo organizacional, la presión por tomar decisiones críticas, la exposición continua al dolor y la muerte, y la escasa conciliación entre la vida laboral y personal. Además, la pandemia de COVID-19 ha intensificado estos factores, aumentando significativamente los niveles de estrés en el personal sanitario.

Las consecuencias del burnout son múltiples. A nivel individual, puede provocar ansiedad, depresión, trastornos del sueño y problemas físicos como cefaleas o enfermedades cardiovasculares. A nivel organizacional, se traduce en mayor absentismo, rotación del personal y disminución en la calidad del cuidado. Esto último es especialmente preocupante, ya que puede comprometer la seguridad del paciente.

La prevención y el manejo del burnout requieren intervenciones tanto a nivel individual como institucional. Desde el punto de vista personal, es importante fomentar estrategias de afrontamiento como la gestión del estrés, el autocuidado, el ejercicio físico y el apoyo social. A nivel organizacional, los hospitales deben implementar políticas que promuevan un ambiente laboral saludable, como la reducción de cargas excesivas, el reconocimiento del trabajo realizado, la formación en habilidades emocionales y el acceso a apoyo psicológico.

Asimismo, la detección precoz es clave. Herramientas como el Maslach Burnout Inventory permiten evaluar el nivel de desgaste en los profesionales y actuar

antes de que el problema se agrave. La creación de espacios de comunicación y apoyo dentro de los equipos también contribuye a disminuir el impacto del estrés.

En conclusión, el síndrome de burnout en el ámbito hospitalario es un problema complejo que afecta tanto al bienestar de los profesionales como a la calidad de la atención sanitaria. Su abordaje requiere una perspectiva integral que combine medidas individuales y organizacionales, con el objetivo de garantizar un entorno laboral saludable y una atención segura y humanizada.

Bibliografía

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behavior.
- Freudenberger, H. J. (1974). *Staff burn-out*. Journal of Social Issues.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*.
- Shanafelt, T. D., et al. (2015). *Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians*. Mayo Clinic Proceedings.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Pirámide. es especialmente preocupante, ya que puede comprometer la seguridad del paciente.

La prevención y el manejo del burnout requieren intervenciones tanto a nivel individual como institucional. Desde el punto de vista personal, es importante fomentar estrategias de afrontamiento como la gestión del estrés, el autocuidado, el ejercicio físico y el apoyo social. A nivel organizacional, los hospitales deben implementar políticas que promuevan un ambiente laboral saludable, como la reducción de cargas excesivas, el reconocimiento del trabajo realizado, la formación en habilidades emocionales y el acceso a apoyo psicológico.

Asimismo, la detección precoz es clave. Herramientas como el Maslach Burnout Inventory permiten evaluar el nivel de desgaste en los profesionales y actuar antes de que el problema se agrave. La creación de espacios de comunicación y apoyo dentro de los equipos también contribuye a disminuir el impacto del estrés.

CONCLUSION

El síndrome de burnout en el ámbito hospitalario es un problema complejo que afecta tanto al bienestar de los profesionales como a la calidad de la atención sanitaria. Su abordaje requiere una perspectiva integral que combine medidas

individuales y organizacionales, con el objetivo de garantizar un entorno laboral saludable y una atención segura y humanizada. **Bibliografía**

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behavior.
- Freudenberger, H. J. (1974). *Staff burn-out*. Journal of Social Issues.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)*.
- Shanafelt, T. D., et al. (2015). *Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians*. Mayo Clinic Proceedings.
- Gil-Monte, P. R. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Pirámide.

HIGIENE POSTURAL EN EL ÁMBITO LABORAL SANITARIO Y NO SANITARIO PREVENCIÓN DE LESIONES Y PROMOCIÓN DE SALUD

La higiene postural se refiere al conjunto de normas y recomendaciones destinadas a mantener una correcta alineación del cuerpo durante las actividades diarias, tanto en reposo como en movimiento. Su importancia radica en la prevención de trastornos musculoesqueléticos, que constituyen una de las principales causas de baja laboral tanto en el personal sanitario como en el no sanitario.

En el ámbito sanitario, los profesionales están especialmente expuestos a riesgos derivados de la manipulación de pacientes, la movilización de cargas y la adopción de posturas forzadas durante largos periodos de tiempo. Enfermeros, auxiliares, celadores y fisioterapeutas, entre otros, realizan tareas que implican esfuerzo físico, lo que incrementa la probabilidad de sufrir lesiones en la espalda, especialmente en la zona lumbar. La falta de formación en técnicas adecuadas de movilización y el uso inadecuado del cuerpo pueden derivar en patologías crónicas como lumbalgias, hernias discales o contracturas musculares.

Por otro lado, el personal no sanitario, como administrativos, personal de limpieza, trabajadores de oficina o de sectores industriales, también presenta riesgos asociados a la higiene postural. En este caso, predominan las posturas estáticas prolongadas, el uso inadecuado de mobiliario ergonómico y la repetición de movimientos, lo que puede generar molestias cervicales, dorsales y en extremidades superiores.

Para prevenir estos problemas, es fundamental adoptar medidas de higiene postural adaptadas a cada tipo de actividad laboral. En primer lugar, se recomienda mantener una postura correcta al estar sentado: la espalda debe permanecer recta y apoyada en el respaldo, los pies apoyados completamente en el suelo y las rodillas formando un ángulo de aproximadamente 90 grados. La pantalla del ordenador debe situarse a la altura de los ojos para evitar la flexión del cuello, y el teclado debe colocarse de manera que los codos permanezcan cerca del cuerpo.

En el caso de trabajos que implican manipulación de cargas, es esencial utilizar técnicas adecuadas de levantamiento. Se debe flexionar las rodillas, mantener la espalda recta y acercar la carga al cuerpo antes de levantarla. Evitar giros bruscos del tronco y repartir el peso de manera equilibrada también son aspectos clave para prevenir lesiones. En el ámbito sanitario, además, se recomienda el uso de ayudas técnicas como grúas, sábanas deslizantes o cinturones de movilización para reducir el esfuerzo físico.

La realización de pausas activas durante la jornada laboral es otra estrategia eficaz. Estas consisten en breves periodos de descanso en los que se realizan estiramientos y ejercicios de movilidad para aliviar la tensión muscular acumulada. Asimismo, fomentar la actividad física regular fuera del horario laboral contribuye a fortalecer la musculatura y mejorar la postura general.

La formación y sensibilización de los trabajadores en higiene postural son elementos fundamentales para la prevención. Las instituciones deben promover programas educativos y proporcionar recursos ergonómicos adecuados. La implementación de políticas de prevención de riesgos laborales que incluyan la evaluación ergonómica de los puestos de trabajo es una inversión en salud y productividad.

Conclusión

La higiene postural es una herramienta esencial para prevenir lesiones y mejorar la calidad de vida de los trabajadores, tanto en el ámbito sanitario como en el no sanitario. Adoptar hábitos posturales correctos, utilizar ayudas técnicas y promover la educación en este ámbito son medidas clave para reducir el impacto de los trastornos musculoesqueléticos en el entorno laboral.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2022). *Ergonomía y psicosociología aplicada.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Salud ocupacional: riesgos laborales y prevención.

3. European Agency for Safety and Health at Work. (EU-OSHA). (2020). Work-related musculoskeletal disorders: prevention report.

4. McAtamney, L., & Corlett, E. N. (1993). RULA: A survey method for the investigation of work-related upper limb disorders. Applied Ergonomics.

5. Marras, W. S. (2000). Occupational low back disorder causation and control. Ergonomics.

CLAVES PARA UNA COMUNICACION PROFESIONAL EFECTIVA PROFESIONAL EN EL AMBITO SANITARIO.

Introducción

La comunicación profesional constituye una herramienta fundamental en cualquier organización sanitaria. No se limita a transmitir información: permite establecer relaciones de confianza, prevenir errores, resolver conflictos y favorecer un ambiente de trabajo seguro y colaborativo. En el ámbito sanitario, donde participan profesionales con diferentes responsabilidades y niveles de formación, una comunicación deficiente puede afectar tanto a la calidad asistencial como a la seguridad del paciente. La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la comunicación y el trabajo en equipo elementos esenciales para mejorar la seguridad de la atención sanitaria.

Por ello, desarrollar habilidades comunicativas debe ser una responsabilidad compartida por médicos, enfermeras, técnicos, celadores, personal administrativo, profesionales de gestión y cualquier persona que tenga contacto con pacientes, familiares o compañeros.

1. Escucha activa

Una comunicación efectiva comienza por saber escuchar. La escucha activa implica prestar atención, evitar interrupciones innecesarias, observar el lenguaje no verbal y comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje.

En lugar de pensar únicamente en qué responder, es importante centrarse en lo que la otra persona está expresando. Preguntas como «¿podría explicármelo un poco más?» o «si le he entendido bien, usted necesita…» permiten aclarar dudas y reducir malentendidos.

2. Utilizar un lenguaje claro y adaptado

La información debe transmitirse de manera sencilla, ordenada y comprensible. En el entorno sanitario es especialmente importante evitar tecnicismos cuando se habla con pacientes o familiares y comprobar que la información ha sido entendida.

La claridad también es esencial entre profesionales. Los mensajes deben ser concretos, especialmente cuando se comunican datos relevantes para la continuidad asistencial. Los modelos estructurados de comunicación, como los utilizados en TeamSTEPPS, proporcionan herramientas para mejorar el intercambio de información y el trabajo en equipo.

3. Cuidar la comunicación no verbal

El tono de voz, la expresión facial, la postura, el contacto visual y la distancia interpersonal pueden reforzar o contradecir las palabras. Un mensaje correcto puede perder eficacia si se transmite con un tono agresivo, indiferente o apresurado.

Mostrar disponibilidad, mantener una actitud respetuosa y adaptar el lenguaje corporal a la situación contribuye a generar confianza y transmitir profesionalidad.

4. Practicar la empatía y el respeto

La empatía consiste en intentar comprender la situación y las emociones de la otra persona sin juzgarla. En un centro sanitario, pacientes y familiares pueden experimentar miedo, dolor, incertidumbre o frustración. Reconocer estas emociones no significa dar siempre la razón, sino demostrar comprensión y respeto.

Del mismo modo, entre compañeros debe evitarse la descalificación personal. Es preferible expresar desacuerdos sobre hechos o actuaciones concretas, utilizando un lenguaje constructivo.

5. Confirmar la información

Una comunicación profesional no termina cuando se transmite el mensaje. Es necesario comprobar que ha sido recibido y comprendido correctamente. En situaciones relevantes puede utilizarse la técnica de repetición o read-back solicitando a la otra persona que confirme la información recibida.

Esta práctica resulta especialmente útil en cambios de turno, indicaciones importantes, situaciones urgentes o transmisión de información entre diferentes profesionales.

6. Gestionar los conflictos de forma profesional

Los conflictos forman parte de las relaciones laborales, pero pueden gestionarse de manera constructiva. Ante una situación de tensión conviene mantener la calma, escuchar las diferentes perspectivas, identificar el problema y buscar soluciones concretas.

Debe evitarse responder desde la impulsividad. Separar a la persona del problema ayuda a mantener una relación profesional incluso cuando existen opiniones diferentes.

7. Favorecer el trabajo en equipo

La comunicación efectiva requiere una cultura en la que todos los profesionales puedan expresar dudas, advertir de posibles riesgos y aportar propuestas de mejora. TeamSTEPPS, desarrollado por la Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), es un modelo basado en la evidencia que utiliza estrategias de comunicación y trabajo en equipo para mejorar la seguridad y los resultados de la atención sanitaria.

Conclusión

La comunicación profesional efectiva es una competencia esencial para todo el personal sanitario y no sanitario. Escuchar activamente, utilizar un lenguaje claro, cuidar la comunicación no verbal, mostrar empatía, confirmar la información, gestionar adecuadamente los conflictos y trabajar en equipo son claves para conseguir relaciones laborales más saludables y una atención de mayor calidad.

Una buena comunicación no debe considerarse únicamente una habilidad individual, sino una parte de la cultura de seguridad de las organizaciones sanitarias. Mejorarla significa favorecer la confianza, reducir malentendidos y contribuir a una atención más segura, humana y profesional.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Comunicación efectiva. Manual del participante para el personal de la OMS 2016.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Seguridad del paciente. 11 de septiembre de 2023.

3. Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). TeamSTEPPS 3.0: Team Strategies and

Tools to Enhance Performance and Patient Safety. U.S. Department of Health and Human Services.

4. Agency for Healthcare Research and QualityTeamSTEPPS Module 1: Communication 2023.

IMPACTO DE LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN EL AMBITO HOSPITALARIO.

Introducción

La inteligencia artificial (IA) está transformando rápidamente numerosos ámbitos de nuestra sociedad y la sanidad es uno de los sectores en los que su impacto puede ser especialmente significativo. Su capacidad para analizar grandes cantidades de información, reconocer patrones y generar predicciones permite desarrollar nuevas herramientas para la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la gestión sanitaria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce que la IA puede contribuir a mejorar los resultados en salud, pero también advierte de la necesidad de garantizar un uso seguro, ético y equitativo.

Este cambio no afecta únicamente a médicos y enfermeras. Personal técnico, administrativo,Tcae celadores, auxiliares administrativo, gestores y otros profesionales sanitarios y no sanitarios también tendrán que adaptarse progresivamente a un entorno en el que la IA estará cada vez más presente.

¿Cómo puede afectar la IA a la sanidad?

Una de las principales aplicaciones de la IA se encuentra en el diagnóstico y la detección precoz de enfermedades. Los sistemas de inteligencia artificial pueden analizar imágenes médicas, como radiografías, TAC o mamografías, y ayudar a identificar determinados patrones que pueden pasar desapercibidos. También pueden utilizarse para analizar datos clínicos y apoyar a los profesionales en la toma de decisiones.

Otro ámbito importante es la gestión sanitaria. La IA puede ayudar a organizar agendas, optimizar recursos, prever necesidades de determinados servicios y automatizar tareas administrativas. Esto podría permitir que los profesionales dediquen más tiempo a actividades que requieren comunicación, empatía y contacto directo con los pacientes.

La IA generativa, capaz de producir textos y otros contenidos, también está comenzando a incorporarse al ámbito sanitario. Puede utilizarse, por ejemplo, como apoyo para elaborar documentos, resumir información o facilitar determinadas tareas de comunicación. Sin embargo, sus respuestas pueden contener errores, por lo que no debe sustituir el criterio profesional ni la

supervisión humana. La OMS señala precisamente la necesidad de evaluar cuidadosamente estas tecnologías antes y durante su utilización en salud.

Beneficios y riesgos

Entre sus principales beneficios destacan la posibilidad de mejorar la eficiencia, apoyar el diagnóstico, optimizar recursos y facilitar el acceso a determinados servicios sanitarios Además, puede resultar especialmente útil en lugares donde existe escasez de determinados profesionales especializados.

Sin embargo, también existen riesgos. El uso de datos sanitarios plantea importantes cuestiones relacionadas con la privacidad y la protección de la información personal Además, los algoritmos pueden reproducir sesgos existentes en los datos utilizados para entrenarlos, generando resultados menos adecuados para determinados grupos de población.

Por este motivo, la formación de los profesionales será fundamental. La IA debe considerarse una herramienta de apoyo y no un sustituto del profesional sanitario. La responsabilidad última de las decisiones que afectan a la salud de una persona debe mantenerse bajo una adecuada supervisión humana. La OMS establece entre sus principios la protección de la autonomía, la seguridad, la transparencia, la responsabilidad y la equidad.

Conclusiones

La inteligencia artificial representa una importante oportunidad para mejorar la calidad y eficiencia de los sistemas sanitarios, pero su incorporación debe realizarse de manera responsable. Su impacto afectará tanto al personal sanitario como al no sanitario y hará necesaria una actualización progresiva de conocimientos y competencias digitales.

El objetivo no debería ser sustituir a las personas, sino utilizar la tecnología para ayudar a los profesionales, mejorar la atención y situar al paciente en el centro del sistema. Para conseguirlo será imprescindible combinar innovación tecnológica con formación, supervisión humana, protección de datos, transparencia y criterios éticos.

En definitiva, el futuro de la sanidad no será únicamente tecnológico: será una combinación de personas y tecnología, donde la inteligencia artificial pueda aportar sus capacidades sin perder aquellos aspectos humanos que resultan esenciales en la atención sanitaria.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS).Ethics and governance of artificial intelligence for health Ginebra: OMS; 2021.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS).Artificial Intelligence for Health. Ginebra: OMS; 2024.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Regulatory considerations on artificial intelligence for health. Ginebra: OMS; 2023.

4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Ethics and governance of artificial intelligence for health: large multi-modal models. Ginebra: OMS; 2024.

EL ESTRES LABORAL EN EL AMBITO SANITARIO UN RETO PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

Introducción

El estrés laboral constituye uno de los principales riesgos psicosociales presentes en el ámbito sanitario. Se produce cuando las exigencias del trabajo superan los recursos disponibles de la persona para afrontarlas y puede afectar tanto a la salud física y mental como al rendimiento profesional. El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST) señala que el estrés laboral no debe considerarse únicamente un problema individual, sino un problema relacionado con las condiciones y la organización del trabajo.

En los centros sanitarios, este problema puede afectar tanto al personal sanitario —médicos, enfermeras, técnicos, fisioterapeutas o auxiliares— como al personal no sanitario, entre el que se encuentran celadores, personal administrativo, limpieza, mantenimiento, cocina, transporte o gestión. Todos ellos forman parte de una organización compleja y pueden estar sometidos a diferentes factores de riesgo psicosocial.

Factores que pueden producir estrés

El entorno sanitario presenta determinadas características que pueden favorecer la aparición de estrés. Entre ellas destacan la elevada carga de trabajo, la presión asistencial, los turnos y horarios prolongados, la falta de personal, la necesidad de tomar decisiones rápidas y el contacto frecuente con situaciones de enfermedad, sufrimiento y muerte.

El INSST identifica entre los factores de riesgo psicosocial en el personal sanitario las altas demandas psicológicas, la escasa autonomía, el bajo apoyo social, el trabajo a turnos, la prolongación de la jornada, la sobrecarga laboral, el conflicto de rol, la falta de reconocimiento y la violencia.

El personal no sanitario tampoco está exento de estos riesgos. Puede experimentar estrés debido a la sobrecarga de tareas, la presión de los usuarios y familiares, los conflictos interpersonales, la falta de reconocimiento o la dificultad para conciliar la vida laboral y personal. Por este motivo, la prevención debe dirigirse a todos los trabajadores del centro y no exclusivamente a quienes tienen contacto clínico con los pacientes.

Consecuencias del estrés laboral

Cuando el estrés se mantiene durante períodos prolongados puede provocar consecuencias físicas, psicológicas y sociales. Entre ellas pueden aparecer cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración, alteraciones del sueño, ansiedad, síntomas depresivos y problemas musculoesqueléticos. También puede favorecer el absentismo, disminuir el rendimiento y afectar a las relaciones entre compañeros.

Una consecuencia especialmente relevante en las profesiones asistenciales es el síndrome de estar quemado por el trabajo o burnout, relacionado con el agotamiento emocional, la despersonalización y una menor sensación de realización profesional. El INSST señala que este problema afecta especialmente a las profesiones asistenciales que mantienen un contacto directo y continuado con usuarios.

Además, el estrés de los trabajadores puede repercutir indirectamente sobre la calidad de la atención. Un profesional agotado o sometido a una presión excesiva puede presentar mayores dificultades para mantener la concentración, comunicarse adecuadamente o afrontar situaciones complejas.

Prevención y actuación

La prevención del estrés laboral debe comenzar por identificar y modificar las condiciones de trabajo que lo generan. El INSST recomienda centrar la evaluación en los factores estresores y las condiciones de trabajo en lugar de responsabilizar exclusivamente al trabajador. [1])

Entre las medidas preventivas pueden incluirse una adecuada organización de turnos, distribución equilibrada de las cargas de trabajo, suficiente dotación de personal, participación de los trabajadores en las decisiones que afectan a su actividad, mejora de la comunicación y promoción del apoyo entre compañeros.

También son importantes la formación en gestión de conflictos y comunicación, la prevención de la violencia en el trabajo y la existencia de recursos de apoyo psicológico cuando sean necesarios. Las directrices del INSST destacan que la gestión de los riesgos psicosociales debe partir de una evaluación adecuada y continuar con una planificación preventiva, seguimiento y control de las medidas adoptadas.

Conclusiones

El estrés laboral es un problema relevante en los centros sanitarios que puede afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario. Sus causas están relacionadas principalmente con la organización, las condiciones de trabajo y las relaciones profesionales, por lo que no debe abordarse únicamente desde la responsabilidad individual.

La prevención debe ser una responsabilidad compartida entre trabajadores, responsables y organizaciones. Mejorar la planificación, favorecer el apoyo social, reconocer el trabajo realizado y proporcionar recursos suficientes son medidas fundamentales para reducir los riesgos psicosociales.

En definitiva, cuidar la salud de quienes trabajan en los centros sanitarios también es una forma de cuidar a los pacientes y usuarios. Un entorno laboral saludable favorece profesionales más seguros, motivados y capaces de ofrecer una atención de mayor calidad.

Bibliografía española

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).Estrés laboral. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Madrid.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).Síntesis de la evidencia sobre factores de riesgo psicosocial y salud mental en el personal sanitario. Año 2025. Madrid: INSST; 2026.

3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales. Madrid: Ministerio de Trabajo y Economía Social; 2022.

4. nstituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).Estudio de situación de los riesgos psicosociales en el personal de centros sanitarios: impacto de la pandemia por COVID-19. Madrid:

INSST; 2022.

5. España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado, núm. 269, de 10 de noviembre de 1995.

6. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST).Riesgos psicosociales Ministerio de Trabajo y Economía Social. Madrid.

La gestión de la cultura organizativa orientada a la resolución de problemas para personal sanitario y no sanitario

Introducción

Las organizaciones sanitarias desarrollan su actividad en un entorno caracterizado por una elevada complejidad, una demanda asistencial creciente

y la necesidad de tomar decisiones rápidas y eficaces. En este contexto, los problemas operativos, organizativos y asistenciales forman parte del funcionamiento diario de hospitales, centros de salud y dispositivos sociosanitarios. Sin embargo, la diferencia entre una organización eficiente y otra menos preparada no radica en la ausencia de problemas, sino en la capacidad para detectarlos, analizarlos y resolverlos de manera sistemática.

La cultura organizativa orientada a la resolución de problemas promueve que todos los profesionales, con independencia de su categoría profesional, participen activamente en la identificación de oportunidades de mejora y en la búsqueda de soluciones sostenibles. Este enfoque sustituye la reacción improvisada por un modelo estructurado basado en el análisis de causas, la colaboración interdisciplinar y la mejora continua.

El éxito de esta cultura depende tanto del personal sanitario como del personal no sanitario. Cada profesional aporta una visión diferente del proceso asistencial y organizativo, permitiendo detectar incidencias que, de otro modo, podrían pasar desapercibidas.

Concepto de cultura organizativa orientada a la resolución de problemas

La cultura organizativa orientada a la resolución de problemas puede definirse como el conjunto de valores, actitudes y procedimientos que favorecen la identificación temprana de incidencias, el análisis de sus causas y la implantación de soluciones eficaces que eviten su repetición.

Este modelo comprende:

- Detección de problemas.
- Análisis de causas.
- Diseño de soluciones.
- Implantación de mejoras.
- Evaluación de resultados.
- Aprendizaje organizativo.

Su objetivo es convertir cada dificultad en una oportunidad de mejora para la organización.

Importancia en las organizaciones sanitarias

La implantación de esta cultura proporciona múltiples beneficios.

Entre ellos destacan:

- Disminución de incidencias repetitivas.
- Mayor eficiencia organizativa.

- Incremento de la seguridad del paciente.
- Mejor utilización de los recursos.
- Mayor implicación de los profesionales.
- Mejora del clima laboral.

Las organizaciones que resuelven sus problemas de forma estructurada consiguen procesos más seguros, ágiles y sostenibles.

Principios fundamentales

La resolución eficaz de problemas debe apoyarse en varios principios.

Entre ellos destacan:

- Participación de todos los profesionales.
- Comunicación abierta.
- Búsqueda de causas y no de culpables.
- Decisiones basadas en datos.
- Trabajo en equipo.
- Evaluación continua.

Estos principios favorecen una cultura de confianza y aprendizaje.

Identificación de problemas

El primer paso consiste en detectar las situaciones susceptibles de mejora.

Algunos ejemplos son:

- Retrasos en la atención.
- Duplicidad de tareas.
- Errores administrativos.
- Problemas de coordinación.
- Incidencias relacionadas con el material.
- Deficiencias en la comunicación.

La detección precoz evita que pequeñas incidencias evolucionen hacia problemas de mayor impacto.

Herramientas de análisis

Una vez identificado el problema, resulta necesario analizarlo de forma estructurada.

Las herramientas más utilizadas incluyen:

- Diagrama de causa-efecto.
- Técnica de los cinco porqués.
- Lluvia de ideas.
- Diagramas de flujo.
- Análisis DAFO.
- Ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Comprobar y Actuar).

Estas metodologías permiten identificar las causas reales y diseñar soluciones eficaces.

Diseño e implantación de soluciones

Las medidas de mejora deben ser:

- Viables.
- Medibles.
- Sostenibles.
- Consensuadas.
- Adaptadas al entorno.
- Evaluables.

La implantación debe acompañarse de una adecuada planificación y seguimiento.

Comunicación como herramienta de mejora

La comunicación desempeña un papel esencial durante todo el proceso.

Es recomendable:

- Compartir los problemas detectados.
- Informar sobre las soluciones adoptadas.
- Difundir las buenas prácticas.
- Facilitar canales para realizar propuestas.
- Promover reuniones de seguimiento.
- Reconocer la participación de los profesionales.

Una comunicación eficaz fortalece la implicación de los equipos.

Papel del personal sanitario

El personal sanitario contribuye mediante:

- Identificación de incidencias asistenciales.
- Comunicación de problemas detectados.
- Propuesta de mejoras clínicas.
- Participación en grupos de trabajo.
- Evaluación de las soluciones implantadas.
- Colaboración con otros servicios.

Su experiencia diaria permite detectar oportunidades de mejora relacionadas con la atención al paciente.

Papel del personal no sanitario

El personal no sanitario participa de forma activa en la resolución de problemas organizativos y de gestión.

El personal administrativo identifica incidencias relacionadas con las citaciones, admisiones, gestión documental, atención al usuario y circuitos administrativos, proponiendo medidas que mejoran la eficiencia de los procesos.

Los profesionales de informática detectan oportunidades para optimizar las aplicaciones, automatizar tareas repetitivas y resolver incidencias tecnológicas que afectan al funcionamiento diario.

El personal de mantenimiento interviene en la resolución de problemas relacionados con instalaciones, equipamiento, climatización, electricidad, gases medicinales y conservación de infraestructuras.

Los equipos de logística analizan incidencias en el suministro de materiales, almacenamiento y distribución, contribuyendo a garantizar la disponibilidad de los recursos necesarios.

Los profesionales de limpieza, hostelería, lavandería, seguridad, transporte sanitario interno y servicios generales detectan mejoras relacionadas con los circuitos internos, la higiene, la seguridad y el funcionamiento global del centro.

Cada una de estas aportaciones mejora el funcionamiento de la organización y repercute indirectamente en la calidad asistencial.

Liderazgo y participación

Los responsables de las organizaciones deben favorecer una cultura donde cualquier profesional pueda comunicar problemas y proponer mejoras sin temor a represalias.

Para ello es recomendable:

- Escuchar activamente a los equipos.
- Facilitar canales de participación.
- Promover reuniones de mejora.
- Reconocer las iniciativas exitosas.
- Compartir resultados.
- Favorecer la colaboración entre servicios.

Un liderazgo participativo incrementa la implicación y el compromiso de los profesionales.

Evaluación de resultados

Las acciones implantadas deben evaluarse mediante indicadores como:

- Número de problemas resueltos.
- Tiempo medio de resolución.
- Reducción de incidencias repetidas.
- Participación de los profesionales.
- Satisfacción de usuarios internos.
- Impacto sobre la calidad del servicio.

La medición permite comprobar la eficacia de las soluciones y detectar nuevas oportunidades de mejora.

Principales desafíos

Entre las dificultades más frecuentes destacan:

- Resistencia al cambio.
- Falta de tiempo para analizar problemas.
- Escasa comunicación entre servicios.
- Insuficiente cultura de mejora continua.
- Limitaciones de recursos.
- Baja participación de algunos profesionales.

Superar estos desafíos requiere compromiso institucional y continuidad en las estrategias de mejora.

Perspectivas de futuro

La resolución de problemas evolucionará mediante:

- Inteligencia artificial para detectar incidencias recurrentes.
- Cuadros de mando con indicadores en tiempo real.
- Plataformas colaborativas para la gestión de propuestas de mejora.
- Automatización de procesos administrativos.
- Sistemas predictivos para anticipar problemas organizativos.
- Herramientas de análisis de datos para apoyar la toma de decisiones.

Estas innovaciones facilitarán organizaciones más ágiles y orientadas a la mejora continua.

Conclusiones

La gestión de una cultura organizativa orientada a la resolución de problemas constituye una estrategia fundamental para mejorar la calidad, la eficiencia y la seguridad de las organizaciones sanitarias. La identificación temprana de incidencias, el análisis de sus causas y la implantación de soluciones sostenibles permiten optimizar los procesos y fortalecer el funcionamiento institucional.

La participación conjunta del personal sanitario y del personal no sanitario resulta imprescindible para consolidar una auténtica cultura de mejora continua. Cuando todos los profesionales pueden aportar soluciones desde su ámbito de competencia, la organización se vuelve más eficiente, resiliente y preparada para afrontar los desafíos presentes y futuros.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. *Quality Health Services: A Planning Guide*.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Quality Improvement Essentials Toolkit*.
- Deming WE. *Out of the Crisis*. MIT Press.
- Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, et al. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*.
- International Organization for Standardization. *ISO 9001:2015. Quality Management Systems – Requirements*.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *TeamSTEPPS® 3.0*.

La importancia de la comunicación de incidencias en los centros sanitarios: detectar pequeños problemas antes de que se conviertan en grandes riesgos

Introducción

En cualquier centro sanitario se producen diariamente pequeñas incidencias: un equipo que comienza a funcionar de manera irregular, una puerta que no cierra correctamente, un carro deteriorado, una deficiencia en el suministro de material, un problema informático, una señalización insuficiente o una situación que podría haber provocado un accidente.

Muchas de estas circunstancias se solucionan inmediatamente. Sin embargo, otras pueden permanecer durante días porque nadie las comunica formalmente. Expresiones como “ya lo sabrán”, “seguro que alguien ha avisado” o “siempre ha estado así” pueden favorecer que pequeños problemas terminen normalizándose.

La comunicación de incidencias constituye una herramienta fundamental de prevención, calidad y seguridad. Su finalidad no consiste en buscar culpables, sino en proporcionar a la organización información que permita detectar problemas y actuar antes de que produzcan consecuencias.

Esta responsabilidad afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario. Todos los trabajadores conocen aspectos específicos de su entorno laboral y pueden identificar riesgos que otras personas quizá no detecten.

¿Qué es una incidencia?

Una incidencia puede entenderse como cualquier acontecimiento, anomalía o situación que altera el funcionamiento habitual o que puede representar un riesgo.

Puede estar relacionada con:

- Instalaciones.
- Equipamiento.
- Organización.
- Materiales.
- Sistemas informáticos.
- Seguridad.
- Comunicación.
- Procedimientos de trabajo.

No es necesario que se haya producido un daño para que una situación merezca ser comunicada.

La importancia de los incidentes sin daño

Especialmente valiosas son aquellas situaciones en las que se produce un error o problema, pero se detecta antes de ocasionar consecuencias.

Por ejemplo, identificar una documentación incorrecta antes de utilizarla o detectar un material defectuoso antes de iniciar un procedimiento.

Estos acontecimientos permiten conocer vulnerabilidades del sistema sin que haya existido daño.

Analizarlos ofrece una oportunidad extraordinaria para prevenir situaciones futuras.

Evitar la normalización del riesgo

Uno de los principales problemas aparece cuando una incidencia se repite tantas veces que termina considerándose normal.

Un equipo que falla ocasionalmente, una puerta deteriorada o un sistema informático que obliga a realizar constantemente soluciones improvisadas pueden terminar formando parte de la rutina.

La repetición de una situación no significa que sea segura.

Cuando los trabajadores detectan problemas recurrentes deben disponer de mecanismos para comunicarlos.

Personal sanitario

Los profesionales sanitarios pueden detectar incidencias relacionadas con:

- Medicación.
- Equipamiento.
- Identificación.
- Procedimientos.
- Materiales.
- Circuitos asistenciales.
- Comunicación entre profesionales.

La información obtenida durante la actividad diaria resulta fundamental para mejorar los procesos.

Técnicos y TCAE

Los técnicos superiores sanitarios y TCAE trabajan directamente con numerosos materiales, dispositivos y procedimientos.

Su experiencia cotidiana permite identificar rápidamente:

- Equipos que presentan anomalías.
- Materiales inadecuados.
- Problemas de almacenamiento.
- Deficiencias organizativas.
- Situaciones repetitivas de riesgo.

Facilitar su participación en los sistemas de comunicación de incidencias mejora la capacidad preventiva de la organización.

Personal administrativo

Los trabajadores administrativos pueden detectar problemas relacionados con:

- Sistemas informáticos.
- Identificación de usuarios.
- Gestión documental.
- Protección de datos.
- Citas.
- Circuitos administrativos.

Un error administrativo también puede tener repercusiones sobre la atención sanitaria.

Por ello, estos profesionales deben formar parte de la cultura de seguridad.

Celadores

Los celadores conocen especialmente bien los circuitos internos de los centros.

Pueden identificar:

- Obstáculos.
- Camillas o sillas deterioradas.
- Problemas en ascensores.
- Dificultades durante los traslados.
- Deficiencias en determinados recorridos.

Su conocimiento práctico puede resultar muy útil para prevenir accidentes.

Limpieza

El personal de limpieza recorre diariamente una gran cantidad de espacios y puede detectar rápidamente:

- Pavimentos deteriorados.
- Derrames.
- Fugas.
- Materiales abandonados.
- Problemas en la gestión de residuos.
- Deficiencias en determinadas instalaciones.

Esta capacidad de observación convierte a estos profesionales en importantes agentes de prevención.

Mantenimiento

Los servicios de mantenimiento reciben numerosas incidencias relacionadas con instalaciones y equipos.

Para facilitar una intervención adecuada, la comunicación debería incluir información concreta:

- Qué problema existe.
- Dónde se encuentra.

- Cuándo se detectó.
- Si existe riesgo inmediato.
- Qué elementos están afectados.

Cuanto más precisa sea la información, más sencilla será la respuesta.

Informática

La dependencia de los sistemas digitales convierte las incidencias informáticas en una cuestión especialmente relevante.

Problemas relacionados con:

- Acceso a aplicaciones.
- Lentitud.
- Equipos.
- Impresoras.
- Sistemas de comunicación.
- Historia clínica electrónica.

pueden afectar significativamente al funcionamiento de los servicios.

Comunicar correctamente estas incidencias permite identificar problemas recurrentes y desarrollar soluciones permanentes.

Una cultura sin miedo a comunicar

Para que los sistemas de notificación funcionen, los trabajadores deben confiar en ellos.

Si comunicar una incidencia se percibe automáticamente como buscar un culpable, muchos problemas dejarán de notificarse.

Una cultura de seguridad debería preguntarse:

“¿Qué podemos aprender de esta situación?”

en lugar de limitarse a:

“¿Quién cometió el error?”

Esto no elimina la responsabilidad profesional, pero permite diferenciar los errores humanos de los problemas organizativos.

Sistemas sencillos

Los mecanismos para comunicar incidencias deberían ser accesibles.

Si un trabajador necesita dedicar demasiado tiempo o completar procedimientos excesivamente complejos, es probable que muchas situaciones menores no se comuniquen.

Un sistema eficaz debería permitir:

- Identificar el problema.
- Localizarlo.
- Describir el riesgo.
- Establecer su prioridad.
- Realizar seguimiento.

La tecnología puede facilitar enormemente estos procesos.

Informar también sobre la resolución

Los profesionales necesitan percibir que sus comunicaciones tienen utilidad.

Cuando una persona informa repetidamente de problemas y nunca recibe información sobre las actuaciones realizadas, puede disminuir su motivación para continuar notificando.

Siempre que sea posible, debería existir retroalimentación sobre:

- Recepción de la incidencia.
- Actuación prevista.
- Resolución.
- Medidas adoptadas.

Esto fortalece la confianza en el sistema.

Analizar tendencias

El verdadero potencial de los sistemas de incidencias aparece cuando la información se analiza de forma conjunta.

Una única incidencia puede parecer poco relevante.

Sin embargo, diez comunicaciones similares pueden revelar un problema estructural.

El análisis periódico permite identificar:

- Equipos que fallan repetidamente.
- Áreas con mayor número de accidentes.
- Problemas organizativos.

- Circuitos deficientes.
- Necesidades de formación.

Los datos transforman pequeños acontecimientos individuales en información para la mejora.

El papel de los responsables

Supervisores, coordinadores y responsables deben fomentar activamente la comunicación.

Cuando un trabajador plantea una incidencia, la respuesta debería ser profesional y orientada a solucionar el problema.

Minimizar sistemáticamente las preocupaciones con expresiones como “eso no es nada” puede generar una cultura donde los profesionales dejan de comunicar riesgos.

Escuchar constituye también una medida preventiva.

Beneficios

Una adecuada comunicación de incidencias puede contribuir a:

- Prevenir accidentes.
- Reducir errores.
- Detectar riesgos precozmente.
- Mejorar instalaciones.
- Optimizar procedimientos.
- Incrementar la seguridad del paciente.
- Favorecer la participación profesional.
- Mejorar la calidad organizativa.

Además, permite aprender de situaciones que podrían haberse convertido en acontecimientos de mayor gravedad.

Conclusiones

La comunicación de incidencias constituye una herramienta sencilla pero extremadamente valiosa para mejorar la seguridad de las organizaciones sanitarias.

Los trabajadores sanitarios y no sanitarios son quienes mejor conocen muchos de los problemas cotidianos de sus puestos y servicios. Facilitar que puedan comunicarlos permite detectar riesgos antes de que ocasionen daños.

Las organizaciones deben disponer de mecanismos sencillos, accesibles y orientados al aprendizaje, proporcionando además información sobre las actuaciones desarrolladas.

Un equipo que falla, un procedimiento confuso, un obstáculo o un error detectado a tiempo no deben considerarse únicamente pequeños inconvenientes cotidianos. Cada uno puede proporcionar información para mejorar el sistema.

Una cultura de seguridad madura no espera a que ocurra un accidente para actuar: **aprende también de aquello que estuvo a punto de ocurrir.**

Bibliografía

- World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Geneva: WHO; 2021.
- World Health Organization. *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical Report and Guidance*. Geneva: WHO; 2020.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad.
- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*.
- Reason J. Human error: models and management. *BMJ*. 2000;320:768-770.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Patient Safety Network: Reporting Patient Safety Events*. Rockville: AHRQ.
- Institute for Healthcare Improvement. *Patient Safety Essentials Toolkit*. Boston: IHI.
- European Agency for Safety and Health at Work. *Worker Participation in Occupational Safety and Health*. Bilbao: EU-OSHA.

La prevención de conflictos en el entorno sanitario: estrategias para mejorar las relaciones laborales entre el personal sanitario y no sanitario

Introducción

Los centros sanitarios constituyen organizaciones especialmente complejas en las que conviven profesionales de numerosas categorías, diferentes niveles de responsabilidad y múltiples formas de organización del trabajo. La elevada presión asistencial, la necesidad de tomar decisiones rápidas, la escasez de tiempo, la turnicidad y la coordinación permanente entre servicios pueden favorecer la aparición de desacuerdos y conflictos entre profesionales.

El conflicto laboral no debe considerarse necesariamente un fenómeno negativo. La existencia de opiniones diferentes es inevitable en cualquier organización y, cuando se gestiona adecuadamente, puede facilitar la identificación de problemas, estimular nuevas ideas y contribuir a mejorar los procesos de trabajo. El verdadero riesgo aparece cuando los desacuerdos no se resuelven, se mantienen durante periodos prolongados o evolucionan hacia enfrentamientos personales que deterioran las relaciones profesionales.

En el ámbito sanitario, las consecuencias de los conflictos pueden trascender a los propios trabajadores. Una comunicación deteriorada entre profesionales puede afectar a la coordinación asistencial, dificultar la transmisión de información, incrementar el riesgo de errores y repercutir negativamente en la experiencia del paciente.

Por este motivo, la prevención y gestión adecuada de los conflictos debe formar parte de las políticas de calidad, prevención de riesgos laborales y gestión de personas de las organizaciones sanitarias.

Esta responsabilidad afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario. Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, técnicos superiores sanitarios, TCAE, psicólogos, trabajadores sociales, administrativos, celadores, profesionales de limpieza, mantenimiento, informática, logística, cocina, seguridad y responsables de gestión forman parte de equipos interdependientes en los que la colaboración resulta imprescindible.

¿Qué entendemos por conflicto laboral?

El conflicto laboral puede definirse como una situación en la que dos o más personas o grupos perciben que existen intereses, necesidades, objetivos o expectativas incompatibles.

Puede aparecer como consecuencia de diferencias relacionadas con:

- Distribución de tareas.
- Organización del trabajo.
- Horarios y turnos.
- Responsabilidades profesionales.
- Acceso a determinados recursos.
- Diferencias de opinión.
- Estilos de comunicación.
- Cambios organizativos.

La existencia de un desacuerdo puntual no significa necesariamente que exista un problema grave. Lo importante es cómo se gestiona.

Conflicto profesional y conflicto personal

Resulta fundamental diferenciar entre discrepancias profesionales y enfrentamientos personales.

Dos profesionales pueden mantener opiniones diferentes sobre la mejor manera de organizar un procedimiento y continuar trabajando de forma respetuosa.

El problema aparece cuando la discusión abandona el contenido profesional y comienza a centrarse en características personales, reproches, descalificaciones o enfrentamientos acumulados.

Evitar esta evolución constituye uno de los principales objetivos de la prevención de conflictos.

Principales causas en los centros sanitarios

Las causas suelen ser multifactoriales.

Entre las más habituales se encuentran:

- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de personal.
- Ambigüedad en las funciones.
- Comunicación deficiente.

- Reparto percibido como desigual de las tareas.
- Cambios frecuentes en la organización.
- Falta de reconocimiento.
- Diferencias entre categorías profesionales.
- Liderazgo inadecuado.
- Escasez de recursos.

Identificar correctamente el origen resulta esencial para adoptar soluciones eficaces.

La presión asistencial como factor de riesgo

La elevada demanda asistencial puede aumentar la tensión entre profesionales.

Cuando existen múltiples tareas pendientes, pacientes que requieren atención simultánea o recursos limitados, disminuye la tolerancia ante pequeños problemas cotidianos.

Situaciones que normalmente podrían resolverse mediante una conversación pueden convertirse en discusiones cuando los profesionales se encuentran sometidos a una elevada presión.

Por ello, la prevención de conflictos también exige analizar las condiciones organizativas en las que trabajan los equipos.

El papel de la comunicación

Muchos conflictos laborales tienen su origen en problemas de comunicación.

Una instrucción poco clara, una información transmitida parcialmente o un comentario interpretado incorrectamente pueden generar malentendidos.

La comunicación profesional debería caracterizarse por ser:

- Clara.
- Directa.
- Respetuosa.
- Oportuna.
- Centrada en hechos.
- Orientada a soluciones.

Cuando aparece un problema, abordarlo tempranamente suele resultar más eficaz que permitir que se acumule.

Escucha activa

Escuchar no consiste únicamente en permanecer en silencio mientras habla otra persona.

La escucha activa implica intentar comprender qué está expresando el interlocutor, identificar sus necesidades y comprobar que hemos interpretado correctamente el mensaje.

Preguntas como "¿he entendido correctamente que el problema es…?" pueden evitar numerosos malentendidos.

La escucha activa no significa necesariamente estar de acuerdo, sino comprender la posición de la otra persona antes de responder.

Asertividad en las relaciones profesionales

La comunicación asertiva permite expresar necesidades, opiniones o desacuerdos de forma clara sin adoptar comportamientos agresivos ni excesivamente pasivos.

Una comunicación asertiva se centra en:

- Describir hechos concretos.
- Explicar sus consecuencias.
- Expresar necesidades.
- Proponer soluciones.

Por ejemplo, resulta más eficaz señalar que una determinada información no llegó a tiempo y explicar las consecuencias que realizar una acusación general sobre la forma de trabajar de otro profesional.

El respeto entre categorías profesionales

Las organizaciones sanitarias necesitan numerosas categorías profesionales para funcionar correctamente.

Ninguna atención hospitalaria podría desarrollarse exclusivamente mediante la actuación de una única profesión.

El reconocimiento de las competencias y responsabilidades de los demás trabajadores favorece relaciones laborales saludables.

Los conflictos aparecen con mayor facilidad cuando se producen actitudes de superioridad, menosprecio profesional o desconocimiento de las funciones de otras categorías.

El respeto interprofesional constituye, por tanto, una auténtica medida preventiva.

Claridad en las funciones

La ambigüedad respecto a quién debe realizar determinadas tareas puede generar conflictos recurrentes.

Las organizaciones deben disponer de procedimientos suficientemente claros sobre:

- Funciones.
- Responsabilidades.
- Circuitos de trabajo.
- Sistemas de comunicación.
- Mecanismos de coordinación.

Cuando las responsabilidades están definidas se reducen las posibilidades de enfrentamiento.

El papel de los mandos intermedios

Supervisores, coordinadores, responsables de unidad y otros mandos desempeñan un papel especialmente importante.

Ante un conflicto deberían:

- Escuchar a las diferentes partes.
- Evitar juicios precipitados.
- Analizar los hechos.
- Identificar causas organizativas.
- Favorecer soluciones.
- Realizar seguimiento posterior.

Ignorar sistemáticamente los conflictos puede favorecer su cronificación.

Gestión temprana del conflicto

Los conflictos suelen ser más fáciles de resolver durante sus primeras fases.

Algunas señales de alerta son:

- Reducción de la comunicación.
- Comentarios negativos reiterados.
- Formación de grupos enfrentados.
- Discusiones frecuentes.

- Dificultades de coordinación.
- Incremento de quejas internas.

Detectar estos indicadores permite intervenir antes de que la situación se agrave.

Mediación

Cuando las partes no consiguen resolver directamente sus diferencias, puede resultar útil la participación de una tercera persona neutral.

La mediación pretende facilitar el diálogo y ayudar a identificar soluciones aceptables.

No consiste en determinar quién tiene razón, sino en reconstruir una comunicación funcional que permita continuar trabajando adecuadamente.

Las organizaciones pueden establecer procedimientos internos para facilitar este tipo de intervenciones.

Conflicto y acoso laboral: conceptos diferentes

Es importante no confundir cualquier conflicto laboral con una situación de acoso.

Los desacuerdos, discusiones puntuales o diferencias profesionales forman parte de las relaciones laborales y no constituyen por sí mismos acoso.

Sin embargo, determinadas conductas reiteradas de hostigamiento, humillación, aislamiento o intimidación pueden requerir la activación de los procedimientos específicos establecidos por la organización.

Diferenciar correctamente ambas situaciones permite ofrecer una respuesta adecuada.

Gestión emocional

La capacidad para reconocer y regular las propias emociones resulta especialmente importante durante un conflicto.

Responder inmediatamente cuando existe un elevado nivel de enfado puede favorecer expresiones que posteriormente dificulten la resolución.

Cuando la situación lo permita, puede resultar útil posponer brevemente una conversación hasta que las personas implicadas puedan abordar el problema de manera profesional.

La regulación emocional no significa ignorar el conflicto, sino afrontarlo en mejores condiciones.

Trabajo en equipo

Los equipos cohesionados suelen gestionar mejor las discrepancias.

Para favorecer esta cohesión resulta recomendable:

- Establecer objetivos comunes.
- Facilitar reuniones periódicas.
- Compartir información.
- Reconocer las aportaciones de todos.
- Resolver los problemas conjuntamente.
- Promover relaciones basadas en el respeto.

Cuando existe confianza, los profesionales pueden expresar discrepancias sin percibirlas automáticamente como ataques personales.

Prevención desde la organización

La prevención de conflictos no puede recaer exclusivamente en las habilidades individuales de los trabajadores.

Las organizaciones deben analizar también factores estructurales como:

- Cargas de trabajo.
- Dimensionamiento de plantillas.
- Distribución de responsabilidades.
- Sistemas de comunicación.
- Estilos de liderazgo.
- Organización de turnos.
- Cambios frecuentes sin información suficiente.

En ocasiones, un conflicto aparentemente interpersonal tiene realmente un importante componente organizativo.

Formación

Los programas formativos dirigidos tanto al personal sanitario como al no sanitario pueden incluir contenidos sobre:

- Comunicación asertiva.
- Escucha activa.
- Gestión de conflictos.
- Inteligencia emocional.
- Negociación.

- Trabajo en equipo.
- Liderazgo.
- Prevención de violencia laboral.

Estas competencias son aplicables a prácticamente cualquier categoría profesional.

Cultura de respeto

Una organización saludable debe establecer claramente qué comportamientos son compatibles con sus valores.

El respeto profesional implica evitar:

- Insultos.
- Descalificaciones.
- Gritos.
- Humillaciones.
- Burlas.
- Comentarios discriminatorios.
- Conductas intimidatorias.

Normalizar comportamientos inadecuados porque “siempre se ha trabajado así” favorece entornos laborales deteriorados.

Beneficios de una adecuada gestión

La prevención y resolución eficaz de conflictos puede contribuir a:

- Mejorar el clima laboral.
- Incrementar la cooperación.
- Reducir el estrés.
- Favorecer la seguridad del paciente.
- Mejorar la comunicación.
- Incrementar la satisfacción profesional.
- Disminuir problemas organizativos.
- Mejorar la calidad asistencial.

Por tanto, invertir en relaciones laborales saludables también constituye una estrategia de calidad.

Hacia organizaciones que aprenden del conflicto

Los conflictos pueden aportar información muy valiosa sobre problemas existentes dentro de una organización.

Una discusión recurrente entre dos servicios puede indicar que existe un circuito mal definido. Las discrepancias constantes sobre determinadas tareas pueden revelar una distribución poco clara de responsabilidades.

Analizar estas situaciones desde una perspectiva sistémica permite transformar el conflicto en una oportunidad de mejora.

El objetivo no debe ser conseguir organizaciones donde nadie discrepe, sino crear entornos donde las diferencias puedan expresarse y resolverse de manera profesional.

Conclusiones

Los conflictos son inevitables en organizaciones complejas como los centros sanitarios. Su existencia no constituye necesariamente un indicador de mal funcionamiento; el problema aparece cuando no se gestionan adecuadamente y terminan deteriorando las relaciones profesionales, el clima laboral o la calidad de la atención.

La prevención requiere comunicación clara, escucha activa, asertividad, definición adecuada de funciones, liderazgo responsable y mecanismos de intervención temprana.

También resulta imprescindible reconocer que muchos conflictos tienen causas organizativas y no exclusivamente personales.

Todo el personal sanitario y no sanitario comparte la responsabilidad de mantener relaciones profesionales basadas en el respeto, pero corresponde también a las organizaciones proporcionar las condiciones y herramientas necesarias para conseguirlo.

Gestionar adecuadamente los conflictos significa proteger el bienestar de los trabajadores, fortalecer los equipos y contribuir a una atención sanitaria más segura y de mayor calidad.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra: OMS; 2021.
- World Health Organization. *Caring for Those Who Care: Guide for the Development and Implementation of Occupational Health and Safety Programmes for Health Workers*. Geneva: WHO; 2022.

- Organización Internacional del Trabajo. *Entornos de trabajo seguros y saludables*. Ginebra: OIT.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *NTP 476: El hostigamiento psicológico en el trabajo: mobbing*. Madrid: INSST.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*. Madrid: INSST.
- Almost J, Wolff AC, Stewart-Pyne A, McCormick LG, Strachan D, D'Souza C. Managing and mitigating conflict in healthcare teams: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*. 2016;72(7):1490-1505.
- Rosenstein AH, O'Daniel M. A survey of the impact of disruptive behaviors and communication defects on patient safety. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 2008;34(8):464-471.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *TeamSTEPPS® 3.0: Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*. Rockville: AHRQ.
- European Agency for Safety and Health at Work. *Psychosocial Risks and Mental Health at Work*. Bilbao: EU-OSHA.
- International Labour Organization, International Council of Nurses, World Health Organization, Public Services International. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*. Geneva; 2002.

La prevención de la fatiga por compasión en el ámbito sanitario: cuidar a quienes trabajan diariamente con el sufrimiento humano

Introducción

Trabajar en una organización sanitaria implica mantener un contacto continuo con personas que atraviesan situaciones de enfermedad, dolor, dependencia, incertidumbre, miedo o pérdida. Esta exposición forma parte de numerosas

profesiones sanitarias, pero también afecta a trabajadores no sanitarios que interactúan diariamente con pacientes y familiares en momentos especialmente difíciles.

Escuchar malas noticias, acompañar procesos de deterioro, atender situaciones de urgencia, presenciar el sufrimiento de pacientes o gestionar las emociones de familiares puede generar una importante carga emocional. Cuando esta exposición se mantiene durante periodos prolongados y no existen suficientes recursos personales u organizativos para afrontarla, puede aparecer lo que se conoce como fatiga por compasión.

Este fenómeno no significa que el profesional haya perdido su capacidad para empatizar ni que exista una falta de vocación. Al contrario, puede aparecer precisamente en personas muy implicadas emocionalmente en su trabajo. La exposición repetida al sufrimiento, combinada con sobrecarga laboral, falta de descanso, presión asistencial o escaso apoyo organizativo, puede producir un desgaste progresivo.

Aunque tradicionalmente se ha estudiado especialmente en médicos, enfermeras, psicólogos y otros profesionales asistenciales, resulta importante ampliar la perspectiva. TCAE, técnicos superiores sanitarios, fisioterapeutas, trabajadores sociales, celadores, administrativos, personal de atención al usuario, limpieza, seguridad, transporte sanitario y otros trabajadores también pueden estar expuestos a situaciones emocionalmente difíciles.

La prevención de la fatiga por compasión debe abordarse como una responsabilidad compartida entre profesionales y organizaciones.

¿Qué es la fatiga por compasión?

La fatiga por compasión puede describirse como un estado de agotamiento relacionado con la exposición continuada al sufrimiento y las experiencias traumáticas de otras personas.

Puede manifestarse mediante cambios emocionales, cognitivos, físicos y laborales.

No suele aparecer como consecuencia de un único acontecimiento, sino que puede desarrollarse progresivamente cuando se acumulan experiencias emocionalmente exigentes sin una adecuada recuperación.

No es falta de profesionalidad

Uno de los principales problemas relacionados con este fenómeno es su interpretación incorrecta.

Un profesional puede pensar:

“Antes estas situaciones no me afectaban tanto”.

“Debería ser capaz de manejarlo”.

“Forma parte de mi trabajo”.

Sin embargo, experimentar una respuesta emocional ante el sufrimiento humano no constituye una debilidad profesional.

Reconocer la carga emocional asociada al trabajo sanitario permite desarrollar estrategias preventivas antes de que el desgaste sea importante.

Diferencias con el burnout

Fatiga por compasión y burnout son conceptos relacionados, pero no idénticos.

El burnout suele asociarse principalmente con factores laborales mantenidos como:

- Sobrecarga.
- Falta de control.
- Conflictos organizativos.
- Escaso reconocimiento.
- Exigencias laborales prolongadas.

La fatiga por compasión se encuentra más directamente vinculada con la exposición emocional al sufrimiento de otras personas.

Ambos fenómenos pueden coexistir y potenciarse mutuamente.

Satisfacción por compasión

La relación con pacientes y familias no genera únicamente desgaste.

También existe la denominada satisfacción por compasión, relacionada con la sensación positiva que experimenta una persona al percibir que su trabajo ayuda a otros.

Sentir que una intervención ha reducido el sufrimiento, facilitado una recuperación o acompañado dignamente a una persona puede constituir una importante fuente de motivación profesional.

El objetivo no consiste en eliminar la empatía, sino en crear condiciones que permitan mantenerla de manera sostenible.

Profesionales especialmente expuestos

Determinados entornos pueden implicar una mayor exposición emocional.

Entre ellos se encuentran:

- Urgencias.

- Cuidados intensivos.
- Oncología.
- Cuidados paliativos.
- Pediatría.
- Salud mental.
- Atención a víctimas de violencia.
- Emergencias.
- Atención sociosanitaria.
- Unidades con elevada mortalidad.

Sin embargo, cualquier trabajador puede experimentar fatiga por compasión dependiendo de sus funciones y circunstancias.

El personal no sanitario también puede verse afectado

Un celador puede acompañar diariamente a pacientes gravemente enfermos.

Un administrativo puede atender a familiares que acaban de recibir una noticia devastadora.

El personal de seguridad puede intervenir en situaciones de intensa angustia.

Los trabajadores de limpieza pueden mantener contacto cotidiano con pacientes hospitalizados durante largos periodos.

Estos profesionales pueden establecer vínculos y experimentar igualmente el impacto emocional de determinadas situaciones.

Por ello, los programas preventivos deberían ser accesibles para todas las categorías.

Manifestaciones emocionales

La fatiga por compasión puede manifestarse de diferentes maneras.

Entre los posibles signos se encuentran:

- Irritabilidad.
- Tristeza.
- Sensación de impotencia.
- Desmotivación.
- Menor tolerancia emocional.

- Distanciamiento.
- Sensación de saturación.

Estas manifestaciones no son específicas y pueden tener múltiples causas, por lo que no deben utilizarse para realizar autodiagnósticos.

Su aparición persistente puede indicar la necesidad de revisar las condiciones de trabajo y buscar apoyo.

Manifestaciones cognitivas

También pueden aparecer dificultades relacionadas con:

- Concentración.
- Atención.
- Memoria.
- Toma de decisiones.
- Capacidad para desconectar del trabajo.

Algunos profesionales pueden continuar pensando repetidamente en determinadas situaciones después de finalizar la jornada.

Establecer límites saludables entre la actividad laboral y la vida personal constituye una importante estrategia preventiva.

Manifestaciones físicas

El estrés mantenido puede acompañarse de diferentes molestias físicas.

Entre ellas pueden encontrarse:

- Fatiga.
- Tensión muscular.
- Alteraciones del sueño.
- Cefaleas.
- Sensación de agotamiento.

Estos síntomas pueden deberse a numerosas causas y requieren una valoración adecuada cuando son persistentes.

Impacto sobre las relaciones profesionales

El desgaste emocional puede modificar la forma en que los trabajadores se relacionan.

Puede aparecer menor paciencia, dificultades de comunicación o tendencia al aislamiento.

Esto puede afectar al trabajo en equipo y generar conflictos que inicialmente parecen exclusivamente interpersonales.

Las organizaciones deben considerar la carga emocional como uno de los posibles factores implicados cuando se producen cambios importantes en el funcionamiento de un equipo.

Consecuencias para la atención

El bienestar profesional y la calidad asistencial están relacionados.

Un elevado agotamiento emocional puede dificultar:

- La comunicación.
- La empatía.
- La concentración.
- La toma de decisiones.
- La colaboración entre profesionales.

Por ello, prevenir la fatiga por compasión también forma parte de las estrategias destinadas a mejorar la seguridad y la calidad asistencial.

Factores organizativos

No todos los factores de riesgo dependen del trabajador.

La fatiga por compasión puede verse favorecida por:

- Sobrecarga asistencial.
- Plantillas insuficientes.
- Falta de descansos.
- Exposición continuada a situaciones críticas.
- Escaso apoyo de los equipos.
- Falta de reconocimiento.
- Dificultades para conciliar.
- Cultura que evita hablar sobre emociones.

Por tanto, recomendar únicamente autocuidado resulta insuficiente.

El papel del apoyo entre compañeros

El equipo constituye uno de los principales factores protectores.

Poder comentar una situación difícil con compañeros que comprenden el contexto puede ayudar a procesar la experiencia.

Esto no significa vulnerar la confidencialidad de los pacientes, sino disponer de espacios profesionales donde analizar el impacto emocional de determinadas situaciones respetando siempre la privacidad.

El apoyo entre iguales favorece la cohesión y reduce la sensación de aislamiento.

Espacios de reflexión

Algunas organizaciones desarrollan reuniones o espacios específicos para analizar situaciones especialmente complejas.

Estos espacios pueden facilitar:

- Expresión emocional.
- Aprendizaje.
- Apoyo entre profesionales.
- Identificación de necesidades.
- Mejora de procedimientos.

Su finalidad no debe ser obligar a los trabajadores a compartir experiencias personales, sino ofrecer recursos voluntarios y seguros.

Formación emocional

La formación de los profesionales puede incorporar competencias relacionadas con:

- Gestión emocional.
- Comunicación de malas noticias.
- Afrontamiento de situaciones difíciles.
- Establecimiento de límites profesionales.
- Autocuidado.
- Detección precoz del desgaste.

Estas herramientas resultan útiles tanto para el personal sanitario como para el no sanitario.

El papel de los mandos intermedios

Supervisores, coordinadores y responsables de equipos pueden contribuir significativamente a la prevención.

Entre sus actuaciones destacan:

- Detectar situaciones de sobrecarga.
- Facilitar descansos.
- Escuchar las necesidades del equipo.
- Promover un clima de respeto.
- Favorecer el acceso a recursos de apoyo.
- Evitar estigmatizar las dificultades emocionales.

Un liderazgo próximo y accesible constituye un importante factor protector.

Autocuidado profesional

El autocuidado puede incluir medidas sencillas pero importantes:

- Mantener descansos adecuados.
- Realizar actividad física.
- Preservar espacios personales.
- Mantener relaciones sociales fuera del trabajo.
- Establecer límites entre trabajo y vida privada.
- Pedir apoyo cuando sea necesario.

Sin embargo, el autocuidado nunca debe utilizarse para trasladar al trabajador toda la responsabilidad sobre problemas derivados de unas condiciones laborales inadecuadas.

Desconexión después de la jornada

En determinadas profesiones resulta difícil dejar de pensar en pacientes o situaciones especialmente impactantes después de terminar el turno.

Crear rutinas de transición entre el trabajo y la vida personal puede resultar beneficioso.

Cambiar de actividad, practicar ejercicio, desarrollar aficiones o compartir tiempo con personas ajenas al entorno laboral puede ayudar a recuperar el equilibrio.

La recuperación fuera del trabajo constituye una parte esencial de la prevención.

Cultura organizativa saludable

Una organización comprometida con el bienestar emocional debería transmitir que pedir apoyo constituye una conducta responsable.

Los profesionales no deberían temer ser considerados menos competentes por reconocer que una situación les ha afectado.

Normalizar el cuidado emocional permite intervenir antes y disminuye el estigma asociado a la búsqueda de ayuda.

Estrategias preventivas organizativas

Entre las medidas que pueden desarrollarse se encuentran:

- Evaluación de riesgos psicosociales.
- Adecuación de cargas de trabajo.
- Programación de descansos.
- Rotación razonable en áreas de elevada carga emocional cuando resulte posible.
- Formación.
- Apoyo entre iguales.
- Acceso a recursos especializados.
- Mejora de la comunicación interna.
- Liderazgo saludable.

Las intervenciones más eficaces suelen combinar actuaciones individuales y organizativas.

Beneficios de la prevención

Prevenir la fatiga por compasión puede contribuir a:

- Mejorar el bienestar profesional.
- Mantener la capacidad empática.
- Reducir el desgaste emocional.
- Mejorar el trabajo en equipo.
- Favorecer la satisfacción laboral.
- Mejorar la comunicación con pacientes.
- Incrementar la calidad asistencial.
- Fortalecer la permanencia de los profesionales.

Cuidar a los trabajadores constituye una inversión en el funcionamiento del sistema sanitario.

Conclusiones

La exposición continuada al sufrimiento humano constituye una realidad inherente a numerosas actividades desarrolladas dentro de los centros sanitarios.

La fatiga por compasión puede afectar al personal sanitario y no sanitario y no debe interpretarse como falta de vocación, debilidad o escasa profesionalidad.

Su prevención requiere reconocer la carga emocional del trabajo, identificar los factores organizativos que incrementan el riesgo y proporcionar recursos adecuados de apoyo.

El autocuidado es importante, pero debe acompañarse de plantillas adecuadas, descansos, liderazgo saludable, apoyo entre compañeros, formación y una cultura organizativa que permita hablar de las dificultades sin miedo a ser juzgado.

La empatía constituye uno de los valores fundamentales de la atención sanitaria, pero para mantenerla a lo largo del tiempo es necesario proteger también a quienes la ofrecen diariamente.

Cuidar a quienes cuidan y a quienes sostienen los servicios sanitarios significa proteger su bienestar y, al mismo tiempo, garantizar una atención más humana, segura y de calidad.

Bibliografía

World Health Organization. *Caring for Those Who Care: Guide for the Development and Implementation of Occupational Health and Safety Programmes for Health Workers*. Geneva: WHO; 2022.

Organización Mundial de la Salud. *Guidelines on Mental Health at Work*. Ginebra: OMS; 2022.

Organización Internacional del Trabajo, Organización Mundial de la Salud. *Mental Health at Work: Policy Brief*. Ginebra; 2022.

Figley CR. *Compassion Fatigue: Coping With Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized*. New York: Brunner/Mazel; 1995.

Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual*. 2nd ed. Pocatello: ProQOL.org; 2010.

Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2016;13(6):618.

Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*. 2017;69:9-24.

European Agency for Safety and Health at Work. *Psychosocial Risks and Mental Health at Work*. Bilbao: EU-OSHA.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*. Madrid: INSST.

National Institute for Occupational Safety and Health. *Impact Wellbeing™ Guide: Taking Action to Improve Healthcare Worker Wellbeing*. Atlanta: CDC/NIOSH.

Prevención del ruido y mejora del confort acústico para personal sanitario y no sanitario en centros sanitarios

Introducción

El ruido constituye un factor ambiental presente en prácticamente todos los centros sanitarios. Conversaciones, teléfonos, alarmas, carros, puertas, equipos, sistemas de climatización, obras o circulación de personas generan un entorno sonoro que puede llegar a ser molesto y, en determinados puestos, constituir un riesgo laboral.

Aunque tradicionalmente la prevención frente al ruido se ha asociado a actividades industriales, en hospitales, centros de salud y otros establecimientos sanitarios también debe prestarse atención al **confort acústico y a la exposición laboral al ruido**.

Es una cuestión transversal que puede afectar al personal sanitario y no sanitario. Enfermería, medicina, TCAE, técnicos, administrativos, celadores, limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería y otros profesionales pueden encontrarse expuestos a diferentes fuentes de ruido.

Además de los posibles efectos sobre la audición cuando los niveles son elevados, un ambiente acústico inadecuado puede dificultar la concentración, aumentar la fatiga, interferir en la comunicación y contribuir al estrés.

Ruido y sonido

No todo sonido constituye necesariamente un riesgo.

El problema aparece cuando el nivel, duración o características del sonido generan molestias o pueden afectar a la salud y seguridad.

En determinados puestos pueden existir exposiciones suficientemente elevadas como para requerir una evaluación específica.

En otros, aunque los niveles no impliquen riesgo auditivo, el ruido puede interferir considerablemente con la actividad.

Principales fuentes de ruido

En un centro sanitario pueden encontrarse fuentes muy diferentes:

- Alarmas.
- Teléfonos.
- Conversaciones.
- Carros.
- Puertas.
- Equipos médicos.
- Maquinaria.
- Sistemas de ventilación.
- Cocinas.
- Lavanderías.
- Talleres.
- Obras.

La importancia de cada fuente dependerá del lugar y del tiempo de exposición.

Ruido y concentración

Determinadas tareas requieren mantener una elevada atención.

Las conversaciones simultáneas, teléfonos y avisos pueden dificultar actividades como:

- Introducir datos.

- Leer documentación.
- Realizar cálculos.
- Atender llamadas.
- Interpretar información.
- Preparar tareas.

El ruido actúa como una fuente adicional de carga mental.

Cuando además existen interrupciones frecuentes, la fatiga puede aumentar.

Ruido y comunicación

En un entorno ruidoso resulta más difícil entender correctamente una conversación.

Esto puede provocar que las personas:

- Eleven la voz.
- Repitan mensajes.
- Interpreten incorrectamente información.
- Pierdan datos importantes.

En los centros sanitarios, donde la coordinación entre profesionales resulta fundamental, una comunicación acústicamente deficiente puede convertirse también en un problema de seguridad.

Alarmas

Las alarmas son necesarias para advertir de determinadas situaciones, pero cuando existen demasiadas pueden generar saturación.

Una exposición continua a avisos puede hacer que los trabajadores tengan más dificultades para diferenciar cuáles requieren una respuesta inmediata.

Los sistemas deben configurarse y mantenerse conforme a los procedimientos correspondientes.

Nunca deberían silenciarse alarmas de forma improvisada simplemente porque resulten molestas.

Puertas

Los golpes repetidos de puertas pueden convertirse en una fuente importante de ruido.

Cuando una puerta se cierra violentamente de manera habitual puede ser necesario revisar:

- Mecanismos de cierre.
- Bisagras.
- Amortiguadores.
- Ajustes.

En ocasiones, una pequeña actuación de mantenimiento puede eliminar una fuente de ruido presente durante toda la jornada.

Carros y ruedas

Carros de limpieza, comida, ropa, material, camas y camillas pueden generar ruido cuando las ruedas se encuentran deterioradas.

Además, una rueda defectuosa puede aumentar el esfuerzo necesario para desplazar el equipo.

Por tanto, su mantenimiento puede mejorar simultáneamente el confort acústico y la ergonomía.

Personal sanitario

En las áreas asistenciales pueden coincidir alarmas, conversaciones, teléfonos y circulación continua.

Cuando sea posible, conviene evitar conversaciones innecesariamente elevadas y reducir fuentes de ruido que no aporten información útil.

Disminuir el ruido también puede favorecer el descanso y bienestar de los pacientes.

Personal administrativo

En oficinas abiertas y zonas de atención al público pueden coincidir múltiples conversaciones y llamadas.

Esto puede dificultar la concentración y obligar a elevar progresivamente la voz.

Una adecuada distribución de los puestos y la organización de las tareas pueden reducir estas interferencias.

Celadores

Los celadores se desplazan por numerosos espacios y utilizan equipos con ruedas.

Evitar golpes innecesarios durante el movimiento de camas, camillas o carros contribuye a reducir el ruido.

Cuando un equipo produce un ruido anormal debe comunicarse, ya que puede indicar una deficiencia mecánica.

Personal de limpieza

Algunas máquinas utilizadas en limpieza pueden generar niveles significativos de ruido.

La evaluación preventiva debe determinar si existen riesgos y qué medidas son necesarias.

Cuando la actividad pueda organizarse, también conviene considerar el impacto acústico sobre otros trabajadores y usuarios.

Cocina y lavandería

Cocinas y lavanderías pueden presentar múltiples fuentes:

- Lavadoras.
- Secadoras.
- Sistemas de extracción.
- Lavavajillas.
- Carros.
- Equipos industriales.

En estas zonas puede ser especialmente necesario evaluar la exposición laboral y mantener adecuadamente la maquinaria.

Un equipo que comienza a producir más ruido de lo habitual puede estar indicando un problema de funcionamiento.

Mantenimiento

Talleres y trabajos de mantenimiento pueden implicar herramientas capaces de generar niveles elevados de ruido.

La prioridad preventiva debe seguir una jerarquía:

- Reducir el ruido en su origen cuando sea posible.
- Aplicar medidas técnicas.
- Organizar adecuadamente la exposición.
- Utilizar protección auditiva cuando resulte necesaria.

Los protectores auditivos no deberían ser automáticamente la única medida preventiva.

Obras

Las reformas realizadas dentro de centros en funcionamiento pueden afectar temporalmente a profesionales y usuarios.

La planificación debería considerar:

- Horarios.
- Duración.
- Aislamiento de la zona.
- Actividades especialmente ruidosas.
- Servicios próximos.

Una adecuada coordinación puede reducir considerablemente las molestias y exposiciones innecesarias.

Hablar cada vez más alto

En ambientes ruidosos aparece un fenómeno frecuente: las personas elevan la voz para hacerse entender.

Esto aumenta todavía más el ruido y obliga a los demás a hablar también más alto.

Reducir las fuentes innecesarias puede romper este círculo y mejorar el ambiente general.

Auriculares

Los auriculares personales no constituyen una solución frente al ruido laboral.

Además, en determinados puestos pueden dificultar la percepción de:

- Alarmas.
- Avisos.
- Solicitudes de ayuda.
- Equipos en movimiento.

Cuando exista un riesgo real por exposición a ruido deben utilizarse los protectores auditivos seleccionados específicamente en función de la evaluación preventiva.

Protección auditiva

Cuando los niveles de exposición lo requieran pueden ser necesarios protectores auditivos.

Estos deben:

- Ser adecuados al nivel y características del ruido.
- Ajustarse correctamente.
- Ser compatibles con otros EPI.
- Permitir desarrollar el trabajo con seguridad.

Una protección excesiva también puede dificultar escuchar señales importantes.

Por ello, debe seleccionarse técnicamente.

Medición del ruido

La percepción individual puede alertar sobre un problema, pero cuando sea necesario conocer la exposición real deben realizarse mediciones adecuadas.

La evaluación permite determinar:

- Nivel de exposición.
- Duración.
- Puestos afectados.
- Medidas necesarias.

No todos los entornos ruidosos presentan el mismo nivel de riesgo auditivo.

Señales de advertencia

Algunas situaciones pueden indicar que conviene revisar las condiciones acústicas:

- Necesidad habitual de elevar la voz.
- Dificultad para entender conversaciones.
- Molestias frecuentes.
- Equipos que generan ruido anormal.
- Problemas para escuchar alarmas.

Estas situaciones deben comunicarse para valorar su origen.

Efectos no auditivos

Incluso cuando el ruido no alcanza niveles capaces de producir pérdida auditiva, puede contribuir a:

- Fatiga.
- Irritabilidad.
- Estrés.

- Dificultad de concentración.
- Problemas de comunicación.

Por ello, el confort acústico también debe formar parte del diseño de entornos laborales saludables.

Cultura del silencio razonable

Un hospital no puede ni necesita ser completamente silencioso.

Muchas actividades generan sonidos inevitables.

El objetivo consiste en reducir aquellos que no aportan ninguna utilidad:

- Gritos innecesarios.
- Golpes de puertas.
- Equipos defectuosos.
- Volúmenes excesivos.
- Conversaciones elevadas.

Pequeñas modificaciones de comportamiento pueden producir mejoras apreciables.

Conclusiones

La **prevención del ruido para personal sanitario y no sanitario** debe contemplar tanto las exposiciones capaces de afectar a la audición como aquellas situaciones que generan molestias, fatiga o dificultades de comunicación.

Las fuentes de ruido pueden proceder de alarmas, maquinaria, carros, conversaciones, teléfonos, sistemas de ventilación o trabajos de mantenimiento.

La prevención debe actuar prioritariamente sobre el origen mediante mantenimiento, organización, reducción de fuentes innecesarias y medidas técnicas. Cuando la evaluación lo determine, también deberán utilizarse los equipos de protección adecuados.

Además, mejorar el ambiente acústico beneficia simultáneamente a trabajadores y pacientes.

No todo ruido puede eliminarse en un centro sanitario, pero gran parte del ruido innecesario sí puede prevenirse. Reducirlo mejora la concentración, la comunicación y la calidad del entorno de trabajo.

Bibliografía

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 286/2006, de 10 de marzo, sobre protección de la salud y seguridad de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición al ruido.

Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición de los trabajadores al ruido*.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación técnica sobre ruido y condiciones ambientales en los lugares de trabajo.

European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Documentación sobre exposición laboral al ruido.

Organización Mundial de la Salud. Documentación sobre ruido, salud y entornos asistenciales.

International Labour Organization. Documentación sobre ruido y seguridad y salud en el trabajo.

Violencia de género en el entorno sanitario: detección, atención y coordinación del personal sanitario y no sanitario

Introducción

La higiene de manos es una de las medidas más sencillas y eficaces para prevenir la transmisión de microorganismos y reducir el riesgo de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. En los centros sanitarios, tanto el personal sanitario como el no sanitario mantiene contacto con pacientes, familiares, compañeros, documentación, equipos y diferentes superficies, por lo que todos pueden contribuir a la prevención de infecciones.

Una higiene de manos adecuada debe formar parte de la actividad cotidiana de cualquier profesional. No se trata únicamente de una medida de protección individual, sino también de una actuación de responsabilidad colectiva destinada a proteger a los pacientes, familiares y trabajadores. Conocer cuándo y cómo realizarla correctamente permite disminuir riesgos y mejorar la seguridad en el entorno sanitario.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de recomendaciones relacionadas con la higiene de manos, la prevención de infecciones y la seguridad del paciente. Para ello, se tuvieron en cuenta documentos y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales especializados en prevención y control de infecciones.

El análisis se centró en los principales momentos en los que debe realizarse la higiene de manos, los métodos disponibles y las prácticas que deben seguir tanto el personal sanitario como el no sanitario en su actividad diaria.

Resultados

La higiene de manos debe realizarse en aquellos momentos en los que existe riesgo de transmitir microorganismos. Entre las situaciones más frecuentes se

encuentran antes y después del contacto con un paciente, después de tocar superficies potencialmente contaminadas y siempre que exista suciedad visible en las manos.

Existen dos procedimientos principales: el lavado con agua y jabón y la utilización de soluciones hidroalcohólicas. Cuando las manos están visiblemente sucias, se recomienda el lavado con agua y jabón. En otras circunstancias, la solución hidroalcohólica puede utilizarse siguiendo las indicaciones establecidas y realizando correctamente la fricción de todas las superficies de las manos.

La técnica debe ser completa. Es necesario prestar atención a las palmas, dorsos, espacios entre los dedos, pulgares, puntas de los dedos y zonas próximas a las uñas. Una higiene incompleta puede dejar microorganismos en determinadas áreas y reducir la eficacia de la medida preventiva.

El personal sanitario debe extremar esta práctica antes y después de las actividades asistenciales y siempre que exista riesgo de contaminación. El personal no sanitario, por su parte, también tiene una responsabilidad importante. Profesionales de recepción, administración, limpieza, mantenimiento, transporte y otros servicios pueden entrar en contacto con personas o superficies potencialmente contaminadas y deben aplicar las medidas de higiene correspondientes.

También es importante mantener unas condiciones adecuadas de higiene personal, cuidar las uñas y evitar prácticas que puedan dificultar una correcta limpieza de las manos. Los centros deben facilitar los productos y medios necesarios, así como formación periódica para favorecer el cumplimiento de estas medidas.

Conclusiones

La higiene de manos constituye una herramienta fundamental para prevenir infecciones y mejorar la seguridad en los centros sanitarios. Su eficacia depende de realizarla en los momentos adecuados y utilizando una técnica correcta.

La prevención de infecciones es una responsabilidad compartida. Tanto el personal sanitario como el no sanitario debe incorporar la higiene de manos a sus actividades habituales, adaptándola a las características de cada puesto de trabajo.

La formación, la disponibilidad de productos adecuados y la concienciación de todos los profesionales son elementos esenciales para conseguir un cumplimiento adecuado. Una medida tan sencilla como una correcta higiene de manos puede contribuir de manera significativa a crear un entorno más seguro y proteger la salud de pacientes, familiares y trabajadores.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). **Guía sobre higiene de manos en la atención sanitaria**. OMS.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**.3. Ministerio de Sanidad. **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud**. Gobierno de España.

4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). **Prevención de riesgos biológicos en el ámbito sanitario**. Gobierno de España.

Ergonomía en el entorno sanitario: prevención de lesiones y bienestar para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La ergonomía estudia la adaptación del trabajo a las características y capacidades de las personas, con el objetivo de mejorar la seguridad, la comodidad y el bienestar laboral. En el entorno sanitario, tanto el personal sanitario como el no sanitario puede estar expuesto a posturas mantenidas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas, desplazamientos frecuentes o utilización prolongada de pantallas.

Una organización inadecuada del puesto de trabajo puede favorecer la aparición de molestias musculoesqueléticas, especialmente en espalda, cuello, hombros, brazos y piernas. Por ello, aplicar principios ergonómicos permite prevenir lesiones, reducir la fatiga y favorecer unas condiciones de trabajo más saludables.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de recomendaciones relacionadas con la ergonomía, los trastornos musculoesqueléticos y la prevención de riesgos laborales. Se consultaron criterios y orientaciones procedentes de organismos especializados en seguridad y salud en el trabajo.

El análisis se centró en diferentes actividades realizadas por personal sanitario y no sanitario, considerando factores como las posturas de trabajo, los movimientos repetitivos, la manipulación de cargas, el trabajo con pantallas y la organización de los espacios.

Resultados

Uno de los principales factores de riesgo ergonómico son las posturas mantenidas durante largos periodos. Permanecer mucho tiempo sentado, de pie o inclinado puede provocar sobrecarga muscular y molestias. Por ello, es recomendable alternar las tareas y modificar la postura siempre que sea posible.

En los puestos con pantallas de visualización de datos, resulta importante ajustar la altura de la silla y de la pantalla, mantener una posición cómoda de brazos y

espalda y disponer de suficiente espacio para las piernas. También es conveniente realizar pausas o cambios de actividad que permitan descansar la vista y la musculatura.

La manipulación de cargas constituye otro aspecto relevante. Cuando sea necesario levantar o trasladar objetos, debe valorarse previamente su peso y utilizar los medios auxiliares disponibles. Es recomendable mantener la carga próxima al cuerpo, evitar giros bruscos y solicitar ayuda cuando las características de la tarea lo requieran.

El personal sanitario puede estar expuesto además a esfuerzos relacionados con la movilización o traslado de pacientes. En estas situaciones resulta fundamental aplicar los procedimientos establecidos y utilizar ayudas técnicas cuando estén disponibles.

El personal no sanitario también puede presentar riesgos ergonómicos en tareas administrativas, recepción, archivo, limpieza, mantenimiento, transporte o almacén. Adaptar el puesto a la actividad concreta permite reducir esfuerzos innecesarios y mejorar la seguridad.

La prevención debe complementarse con una adecuada organización del trabajo. Distribuir las tareas, alternar actividades y evitar, cuando sea posible, periodos prolongados realizando el mismo movimiento contribuye a disminuir la fatiga.

Finalmente, la formación de los trabajadores resulta esencial. Conocer los riesgos ergonómicos permite identificar situaciones inadecuadas y adoptar medidas preventivas antes de que aparezcan lesiones.

Conclusiones

La ergonomía constituye una herramienta fundamental para prevenir lesiones y mejorar el bienestar de los trabajadores. Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede estar expuesto a riesgos derivados de posturas inadecuadas, movimientos repetitivos, manipulación de cargas o utilización prolongada de pantallas.

Adaptar correctamente los puestos de trabajo, utilizar ayudas técnicas, alternar actividades y mantener una postura adecuada son medidas sencillas que pueden reducir la aparición de molestias musculoesqueléticas.

La prevención ergonómica debe formar parte de la cultura de seguridad de cualquier centro sanitario. La participación conjunta de trabajadores y organización permite crear espacios de trabajo más seguros, saludables y adaptados a las necesidades de cada profesional.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). **Ergonomía y prevención de trastornos musculoesqueléticos**. Gobierno de España.

2. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). **Trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo**.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). **Seguridad y salud en el trabajo**.

4. Ministerio de Trabajo y Economía Social. **Prevención de riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo**. Gobierno de España.

Burnout en el entorno sanitario: prevención del agotamiento y bienestar para personal sanitario y no sanitario

Introducción

El burnout o síndrome de desgaste profesional es un fenómeno relacionado con el entorno laboral que puede aparecer como consecuencia de una exposición prolongada a situaciones de estrés. Se caracteriza principalmente por agotamiento, distanciamiento o actitudes negativas hacia el trabajo y una disminución de la percepción de eficacia profesional.

En los centros sanitarios pueden existir factores que favorezcan su aparición, como la elevada carga de trabajo, la presión asistencial, los turnos, la responsabilidad profesional, la atención continua a personas y las situaciones emocionalmente difíciles. Estos factores pueden afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario, por lo que la prevención debe abordarse desde una perspectiva conjunta.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de información relacionada con el burnout, los riesgos psicosociales y las medidas destinadas a favorecer el bienestar laboral. Se tuvieron en cuenta recomendaciones de organismos especializados en salud laboral y prevención.

El análisis se centró en los principales factores que pueden favorecer el agotamiento profesional y en las estrategias preventivas aplicables a los diferentes trabajadores de un centro sanitario, independientemente de las funciones concretas que desempeñen.

Resultados

Entre los factores relacionados con el burnout destacan la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo, la presión mantenida, la escasa autonomía, los conflictos laborales y la dificultad para conciliar la vida profesional y personal. El contacto frecuente con situaciones de sufrimiento también puede incrementar el desgaste emocional.

La identificación temprana de las señales de alerta resulta fundamental. El cansancio persistente, la pérdida de motivación, la irritabilidad, el distanciamiento de las tareas, las dificultades de concentración o la sensación de no poder afrontar adecuadamente el trabajo pueden indicar que existe un nivel de desgaste importante.

Una de las principales medidas preventivas consiste en mejorar la organización del trabajo. Una distribución adecuada de las tareas, unos objetivos realistas y una planificación que evite sobrecargas innecesarias pueden reducir la presión laboral.

También es importante favorecer una comunicación adecuada dentro de los equipos. Disponer de canales para expresar dificultades, solicitar ayuda y resolver conflictos permite detectar problemas antes de que se conviertan en situaciones mantenidas de estrés.

El autocuidado constituye otra herramienta complementaria. Mantener un descanso adecuado, realizar actividad física, disponer de tiempo para actividades personales y establecer límites saludables entre trabajo y vida privada contribuye al bienestar general.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario deben sentirse parte de una cultura de cuidado y prevención. La formación sobre riesgos psicosociales puede ayudar a reconocer las señales de alarma y conocer los recursos disponibles.

La prevención, sin embargo, no debe recaer exclusivamente sobre cada trabajador. Las organizaciones tienen la responsabilidad de evaluar los riesgos psicosociales, mejorar las condiciones laborales y adoptar medidas cuando se detecten factores que puedan favorecer el desgaste profesional.

Conclusiones

El burnout constituye un problema relacionado con la salud laboral que puede afectar a trabajadores de diferentes categorías profesionales. En el entorno sanitario, sus consecuencias pueden repercutir sobre el bienestar de los profesionales, las relaciones laborales y la calidad del trabajo realizado.

La detección precoz, una adecuada organización, la comunicación, el apoyo entre compañeros y las estrategias de autocuidado son elementos importantes para prevenir el agotamiento profesional. Sin embargo, resulta imprescindible que estas medidas se acompañen de actuaciones organizativas destinadas a reducir los factores de riesgo.

Promover entornos laborales saludables beneficia tanto al personal sanitario como al no sanitario y contribuye a construir organizaciones más seguras, humanas y sostenibles.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). **Burn-out como fenómeno ocupacional**. Clasificación Internacional de Enfermedades.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). **Riesgos psicosociales y salud en el trabajo**. Gobierno de España.

3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). **Riesgos psicosociales y estrés relacionado con el trabajo**.

4. Organización Internacional del Trabajo (OIT). **Riesgos psicosociales, estrés y salud en el trabajo**.

Protección de datos en el entorno sanitario: confidencialidad y uso responsable de la información por personal sanitario y no sanitario

Introducción

La protección de datos constituye un elemento fundamental en cualquier centro sanitario, debido a la gran cantidad de información personal y especialmente sensible que se maneja diariamente. Los datos relacionados con la salud requieren una protección adecuada para garantizar la intimidad y los derechos de los pacientes.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede acceder, utilizar o gestionar información de los usuarios durante el desarrollo de sus funciones. Consultar una historia clínica, gestionar una cita, realizar una llamada telefónica o tramitar documentación son actividades que deben realizarse respetando las normas de confidencialidad. Por ello, la protección de datos debe entenderse como una responsabilidad compartida por todos los profesionales.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de la normativa y de las principales recomendaciones relacionadas con la protección de datos personales y la confidencialidad en el ámbito sanitario. Se consideraron especialmente los principios de seguridad, confidencialidad, acceso autorizado y uso adecuado de la información.

El análisis se centró en situaciones habituales de la actividad profesional, como el acceso a historias clínicas, utilización de sistemas informáticos, gestión de documentos, atención telefónica y comunicación de información a pacientes o familiares.

Resultados

Uno de los principios fundamentales es que cada profesional debe acceder únicamente a la información necesaria para desarrollar sus funciones. Tener acceso a un sistema informático no significa que se pueda consultar libremente cualquier información de los pacientes.

Las contraseñas y credenciales de acceso deben mantenerse protegidas y nunca compartirse con otros trabajadores. También es importante cerrar la sesión o bloquear el equipo cuando el puesto quede desatendido, especialmente en zonas donde puedan encontrarse pacientes o visitantes.

La documentación en papel requiere igualmente medidas de protección. Los informes, listados, solicitudes y otros documentos que contengan datos personales no deben quedar expuestos sobre mesas, mostradores o impresoras al alcance de personas no autorizadas. Su archivo, traslado y eliminación deben realizarse siguiendo los procedimientos establecidos por el centro.

La atención telefónica constituye otra situación que requiere especial precaución. Antes de facilitar información personal, el profesional debe seguir los mecanismos de identificación establecidos. Ante cualquier duda sobre la identidad o autorización de quien solicita información, es preferible consultar al responsable correspondiente.

La protección de datos también implica evitar conversaciones innecesarias sobre pacientes en lugares públicos, pasillos, ascensores o zonas de espera. La información sanitaria debe tratarse siempre con discreción.

En el ámbito digital, tampoco deben utilizarse dispositivos, aplicaciones o canales no autorizados para almacenar o transmitir información de pacientes. El personal sanitario y no sanitario debe conocer los procedimientos internos y comunicar cualquier pérdida, acceso indebido o incidente relacionado con la información.

La formación continua resulta esencial para mantener buenas prácticas y adaptarse a los cambios tecnológicos y organizativos.

Conclusiones

La protección de datos y la confidencialidad son elementos esenciales de una atención sanitaria segura y respetuosa. El personal sanitario y no sanitario comparte la responsabilidad de proteger la información a la que accede durante su actividad profesional.

Utilizar únicamente los datos necesarios, proteger las credenciales, mantener la documentación fuera del alcance de personas no autorizadas, extremar las precauciones en la comunicación telefónica y utilizar correctamente los sistemas informáticos son medidas fundamentales.

La protección de datos no depende únicamente de la tecnología o de la normativa. También requiere responsabilidad, sentido común y compromiso profesional. Una adecuada cultura de confidencialidad contribuye a preservar la confianza de los usuarios y a garantizar el respeto de sus derechos.

Bibliografía

1. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, **Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)**.

2. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, **de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.

3. Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). **Guías y recursos sobre protección de datos en el ámbito sanitario**.

4. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, **básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.

Asertividad en el entorno sanitario: comunicación eficaz y manejo de situaciones difíciles para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La comunicación constituye una herramienta fundamental en cualquier entorno sanitario. El personal sanitario y no sanitario mantiene diariamente relaciones con pacientes, familiares, compañeros y otros profesionales, por lo que la manera de transmitir información, expresar opiniones o responder ante situaciones difíciles puede influir directamente en el clima laboral y en la calidad de la atención.

La asertividad es la capacidad de expresar pensamientos, necesidades, opiniones y límites de manera clara, respetuosa y adecuada, defendiendo los propios derechos sin perjudicar los de los demás. En el ámbito sanitario, desarrollar esta habilidad permite prevenir malentendidos, gestionar conflictos y favorecer relaciones profesionales basadas en el respeto y la colaboración.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de información relacionada con la comunicación interpersonal, la asertividad y la prevención de conflictos en el entorno laboral. Se tuvieron en cuenta recomendaciones relacionadas con las habilidades de comunicación y los riesgos psicosociales.

El análisis se centró en situaciones habituales que pueden experimentar tanto el personal sanitario como el no sanitario, especialmente aquellas relacionadas con usuarios insatisfechos, diferencias de opinión, presión laboral, dificultades de coordinación y establecimiento de límites profesionales.

Resultados

La comunicación asertiva se sitúa entre dos estilos que pueden generar dificultades: la comunicación pasiva, en la que la persona evita expresar sus necesidades o desacuerdos, y la comunicación agresiva, caracterizada por imponer las propias opiniones sin respetar a los demás.

Una conducta asertiva permite expresar un desacuerdo de forma clara y respetuosa. Para ello, resulta útil utilizar mensajes en primera persona, explicar los hechos de manera objetiva y evitar acusaciones o descalificaciones. Mantener un tono de voz adecuado y escuchar la posición de la otra persona también contribuye a mejorar la comunicación.

La escucha activa es otro elemento esencial. Prestar atención, no interrumpir innecesariamente y

comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje puede evitar numerosos malentendidos. En situaciones de tensión, escuchar antes de responder ayuda además a disminuir la intensidad del conflicto.

Ante un usuario molesto o una situación difícil, es importante mantener la calma y evitar responder de manera impulsiva. El profesional debe reconocer la preocupación de la persona, explicar aquello que esté dentro de sus

competencias y establecer límites cuando sea necesario. Si la situación supera sus funciones, debe solicitar la intervención del responsable correspondiente.

La asertividad también resulta importante en las **relaciones entre compañeros**. Saber pedir ayuda, expresar una sobrecarga de trabajo, comunicar un error o plantear una discrepancia de manera respetuosa favorece la cooperación y evita que los problemas se acumulen.

Otro aspecto relevante es aprender a decir no de forma adecuada cuando una petición no puede atenderse. Rechazar una solicitud no implica falta de colaboración si se explica el motivo y, cuando sea posible, se ofrece una alternativa.

La formación en habilidades comunicativas puede ayudar a mejorar la seguridad, la confianza profesional y el clima laboral, reduciendo situaciones de conflicto innecesarias.

Conclusiones

La asertividad es una competencia útil para todo el personal que desarrolla su actividad en un entorno sanitario. Una comunicación clara, respetuosa y equilibrada permite expresar necesidades, establecer límites, resolver desacuerdos y prevenir conflictos.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede beneficiarse del desarrollo de habilidades como la escucha activa, la empatía, el control de las respuestas emocionales y la utilización de mensajes claros.

Promover una comunicación asertiva favorece unas relaciones profesionales más saludables y contribuye a crear un entorno de trabajo basado en el respeto, la cooperación y la confianza, aspectos que también repercuten positivamente en la atención ofrecida a los usuarios.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). **Riesgos psicosociales y factores relacionados con la organización del trabajo**. Gobierno de España.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). **Entornos de trabajo saludables: fundamentos y modelo de la OMS**.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). **Seguridad y salud en el trabajo y riesgos psicosociales**.

4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). **Riesgos psicosociales y estrés relacionado con el trabajo**.

Uso responsable de dispositivos móviles y desconexión digital para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Los teléfonos móviles, aplicaciones de mensajería, correo electrónico y otras herramientas digitales se han convertido en elementos habituales de la vida cotidiana y profesional. En los centros sanitarios, estas tecnologías facilitan la

comunicación y permiten resolver numerosas situaciones con rapidez, pero también pueden generar nuevos riesgos cuando se utilizan de manera inadecuada.

Las interrupciones constantes, la consulta repetida de notificaciones, la utilización del teléfono durante desplazamientos, la recepción de comunicaciones profesionales fuera de la jornada o el uso de dispositivos particulares para transmitir información relacionada con el trabajo pueden afectar a la concentración, la seguridad, la confidencialidad y el descanso.

Se trata de una cuestión claramente **transversal para personal sanitario y no sanitario**, ya que afecta a cualquier profesional independientemente de su categoría.

El objetivo no debe ser eliminar la tecnología, sino utilizarla de manera segura, proporcionada y compatible con los tiempos de descanso y desconexión.

- **La atención como recurso limitado**

Realizar una tarea mientras se consulta constantemente el teléfono obliga a cambiar repetidamente el foco de atención.

Aunque cada interrupción dure pocos segundos, recuperar completamente la concentración puede requerir más tiempo.

En determinados trabajos, esta pérdida de atención puede aumentar la probabilidad de:

- Olvidos.
- Errores.
- Accidentes.
- Pérdida de información.
- Interrupción de tareas importantes.

Por ello, deben evitarse las distracciones digitales durante actividades que requieran especial concentración.

- **Uso del móvil durante desplazamientos**

Caminar por un pasillo mientras se consulta una pantalla puede parecer una conducta inofensiva.

Sin embargo, reduce la atención sobre el entorno y puede favorecer:

- Choques.
- Tropiezos.

- Caídas.
- Colisiones con carros o equipos.
- Accidentes en escaleras.

En un centro sanitario, donde existe una circulación continua de personas, camas, camillas y equipos, prestar atención al entorno resulta especialmente importante.

- **Escaleras**

Consultar el teléfono mientras se suben o bajan escaleras aumenta innecesariamente el riesgo de caída.

La atención debe centrarse en el desplazamiento.

Un mensaje puede esperar unos segundos.

La prevención de accidentes también depende de pequeñas decisiones cotidianas.

- **Auriculares**

El uso de auriculares puede disminuir la percepción de señales acústicas.

En determinadas zonas, esto puede impedir escuchar:

- Alarmas.
- Avisos.
- Equipos.
- Vehículos.
- Solicitudes de ayuda.

Su utilización debe ajustarse a las normas del centro y a las características del puesto.

Cuando la percepción auditiva resulte necesaria para trabajar con seguridad, no debería reducirse mediante dispositivos personales.

- **Notificaciones constantes**

Las notificaciones pueden fragmentar considerablemente la jornada.

Correos, mensajes, aplicaciones y avisos generan interrupciones que no siempre requieren respuesta inmediata.

Cuando las características del puesto lo permitan, puede resultar útil organizar momentos determinados para revisar comunicaciones no urgentes.

Diferenciar entre información urgente e información que puede esperar reduce la sensación de disponibilidad permanente.

- **Mensajería instantánea**

Las aplicaciones de mensajería permiten una comunicación rápida, pero pueden generar algunos problemas cuando se utilizan para cuestiones laborales.

Entre ellos:

- Saturación de mensajes.
- Información importante perdida entre conversaciones.
- Comunicaciones fuera de horario.
- Confusión entre canales personales y profesionales.
- Riesgos para la confidencialidad.

La información profesional debe transmitirse mediante los canales autorizados por la organización.

- **Grupos de trabajo**

Los grupos de mensajería pueden resultar útiles para determinadas cuestiones organizativas, pero también pueden generar una expectativa implícita de respuesta inmediata.

Que un trabajador reciba un mensaje fuera de su jornada no significa necesariamente que deba responder en ese momento.

Las organizaciones deberían definir adecuadamente qué canales se utilizan para las comunicaciones urgentes y cuáles para información ordinaria.

- **Desconexión digital**

La desconexión digital implica respetar los periodos de descanso, permisos y vacaciones y evitar una disponibilidad tecnológica permanente fuera del tiempo de trabajo, salvo las situaciones justificadas y los sistemas específicos establecidos.

El descanso no consiste únicamente en abandonar físicamente el centro.

Si el trabajador continúa pendiente durante horas de mensajes, correos y comunicaciones profesionales, puede resultar más difícil conseguir una verdadera recuperación.

- **Derecho a la desconexión**

La normativa española reconoce el derecho de los trabajadores a la desconexión digital con la finalidad de garantizar, fuera del tiempo de trabajo, el respeto al descanso, permisos y vacaciones, así como a la intimidad personal y familiar.

Su aplicación debe adaptarse a las características de cada organización.

En los centros sanitarios existen servicios que funcionan permanentemente, pero esta continuidad debe garantizarse mediante la organización de turnos, guardias y sistemas establecidos, no mediante una disponibilidad informal permanente de toda la plantilla.

- **Correo electrónico fuera del horario**

Enviar un correo fuera del horario laboral puede ser necesario en determinadas organizaciones, pero no debería generar automáticamente una obligación de lectura inmediata.

Cuando un asunto no sea urgente puede esperar a la siguiente jornada.

También pueden utilizarse, cuando estén disponibles, herramientas de programación del envío para evitar comunicaciones innecesarias durante periodos de descanso.

- **Responsabilidad de los mandos**

Los responsables tienen un papel especialmente importante.

Si un superior envía habitualmente mensajes durante noches, fines de semana o vacaciones solicitando respuestas inmediatas, puede generarse una cultura de disponibilidad permanente.

Una buena organización debería establecer claramente:

- Qué situaciones son urgentes.
- Qué canal utilizar.
- Quién debe responder.
- Qué cuestiones pueden esperar.

La urgencia debe ser excepcional y no convertirse en la forma habitual de organizar el trabajo.

- **Tecnoestrés**

El uso intensivo de tecnologías puede contribuir al denominado tecnoestrés.

Puede aparecer cuando existe:

- Exceso de aplicaciones.
- Cambios tecnológicos continuos.

- Falta de formación.
- Sobrecarga de información.
- Necesidad de disponibilidad constante.
- Problemas técnicos repetidos.

La solución no consiste únicamente en que el trabajador aprenda a “adaptarse mejor”.

También deben analizarse los sistemas y la organización.

- **Nuevas aplicaciones**

La implantación de una herramienta digital debería acompañarse de formación suficiente.

Introducir programas sin explicar adecuadamente su funcionamiento puede generar:

- Errores.
- Frustración.
- Pérdida de tiempo.
- Sobrecarga.

La tecnología debe facilitar las tareas y no añadir complejidad innecesaria.

- **Dispositivos personales y confidencialidad**

Un teléfono particular no debería utilizarse para fotografiar documentación, pantallas, pacientes o información profesional protegida fuera de los supuestos autorizados.

Las imágenes pueden almacenarse automáticamente en servicios externos o permanecer en el dispositivo durante largos periodos.

También debe evitarse transmitir datos personales mediante canales no autorizados.

La rapidez nunca debe justificar una vulneración de la confidencialidad.

- **Fotografías en el centro de trabajo**

Realizar fotografías aparentemente inocentes puede mostrar involuntariamente:

- Pacientes.
- Documentación.
- Pantallas.

- Pulseras identificativas.
- Listados.
- Información escrita en pizarras.

Antes de realizar o compartir cualquier imagen relacionada con el entorno profesional deben respetarse las normas del centro y la normativa aplicable.

- **Redes sociales**

La utilización de redes sociales debe diferenciar claramente la esfera personal y profesional.

No debería publicarse información que permita identificar pacientes ni contenido confidencial conocido como consecuencia del trabajo.

También resulta recomendable actuar con prudencia respecto a imágenes del interior de determinadas instalaciones.

Una publicación puede difundirse mucho más allá del grupo inicialmente previsto.

- **Personal sanitario y no sanitario**

Estos principios afectan a todos los colectivos.

Un administrativo puede sufrir saturación de correos; un profesional sanitario, interrupciones durante una tarea; un celador, riesgo de caída mientras consulta el móvil; mantenimiento puede perder la percepción de una alarma utilizando auriculares; y cualquier trabajador puede recibir comunicaciones profesionales fuera de su horario.

Por ello, la prevención digital debe ser transversal.

- **Medidas preventivas**

Entre las actuaciones que pueden favorecer un uso saludable de las tecnologías se encuentran:

- Establecer canales claros de comunicación.
- Diferenciar mensajes urgentes y ordinarios.
- Reducir notificaciones innecesarias.
- Evitar el teléfono durante desplazamientos de riesgo.
- Respetar los periodos de descanso.
- Formar ante nuevas herramientas.

- Utilizar exclusivamente canales autorizados para información confidencial.
- Evitar comunicaciones laborales innecesarias fuera de jornada.

La tecnología debe adaptarse a las personas y a la organización del trabajo.

- **Conclusiones**

El **uso responsable de dispositivos móviles y la desconexión digital para personal sanitario y no sanitario** constituyen aspectos cada vez más importantes de la prevención laboral.

Los dispositivos digitales aportan grandes ventajas, pero las interrupciones continuas pueden reducir la concentración, mientras que la disponibilidad permanente puede dificultar la recuperación después de la jornada.

Además, el uso de dispositivos personales puede generar riesgos relacionados con la confidencialidad y protección de datos.

La prevención requiere combinar responsabilidad individual con medidas organizativas: canales adecuados, formación, respeto a los tiempos de descanso y criterios claros sobre las comunicaciones urgentes.

Estar conectado no significa tener que estar disponible permanentemente. La tecnología debe ayudarnos a trabajar mejor durante la jornada sin impedirnos desconectar cuando esta termina.

- **Bibliografía**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos.
- Ley 10/2021, de 9 de julio, de trabajo a distancia.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre digitalización, riesgos psicosociales y nuevas tecnologías.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación sobre factores de riesgo psicosocial, carga mental y tecnoestrés.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Documentación sobre digitalización y seguridad y salud en el trabajo.
- World Health Organization. *Guidelines on Mental Health at Work*. Geneva: WHO; 2022.

La gestión de la incertidumbre en el ámbito sanitario: competencias para el personal sanitario y no sanitario ante entornos complejos

- **Introducción**

La incertidumbre forma parte de la práctica diaria en cualquier organización sanitaria. La evolución clínica de los pacientes, la aparición de enfermedades emergentes, la incorporación constante de nuevas tecnologías, los cambios organizativos, la escasez de recursos y la necesidad de tomar decisiones en tiempos limitados convierten al entorno sanitario en uno de los escenarios laborales más complejos. Aprender a gestionar la incertidumbre constituye, por tanto, una competencia esencial para garantizar una atención segura, eficiente y de calidad.

Tradicionalmente, la incertidumbre se ha asociado a situaciones de riesgo o falta de control. Sin embargo, las organizaciones sanitarias modernas consideran que la incertidumbre también representa una oportunidad para mejorar la capacidad de adaptación, fomentar la innovación y fortalecer la resiliencia de los equipos. La diferencia entre una organización vulnerable y otra preparada suele residir en su capacidad para anticiparse, aprender y responder de manera coordinada ante situaciones imprevistas.

La gestión de la incertidumbre no corresponde únicamente al personal sanitario. Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, técnicos superiores sanitarios, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo, celadores, profesionales de informática, mantenimiento, logística, limpieza, cocina, seguridad y gestión afrontan diariamente circunstancias que requieren flexibilidad, comunicación y capacidad de adaptación.

Desarrollar estrategias organizativas para gestionar la incertidumbre permite mejorar la toma de decisiones, reducir el impacto de los cambios inesperados y fortalecer la confianza de los profesionales y de la ciudadanía en el sistema sanitario.

- **Concepto de incertidumbre en el ámbito sanitario**

La incertidumbre puede definirse como la dificultad para predecir con exactitud la evolución de una situación debido a la existencia de información incompleta, variabilidad clínica, cambios organizativos o acontecimientos inesperados.

En el ámbito sanitario, la incertidumbre está presente tanto en la atención clínica como en la gestión de recursos, la planificación de servicios o la incorporación de nuevas tecnologías.

Gestionarla adecuadamente implica aceptar su existencia y desarrollar mecanismos que permitan minimizar sus efectos.

- **Principales fuentes de incertidumbre**

Las organizaciones sanitarias se enfrentan a múltiples factores generadores de incertidumbre.

Entre los más frecuentes destacan:

- Evolución imprevisible de determinadas enfermedades.
- Aparición de emergencias sanitarias.
- Innovaciones científicas y tecnológicas.
- Cambios normativos.
- Variabilidad en la demanda asistencial.

- Escasez de profesionales.
- Limitaciones presupuestarias.

Identificar estas fuentes facilita la planificación de respuestas eficaces.

- **Impacto sobre la actividad asistencial**

La incertidumbre puede afectar a diferentes aspectos de la práctica profesional.

Entre ellos destacan:

- Toma de decisiones clínicas.
- Organización de los servicios.
- Priorización asistencial.
- Coordinación entre equipos.
- Gestión de recursos.
- Comunicación con pacientes y familiares.

Una adecuada preparación reduce la probabilidad de errores y mejora la capacidad de respuesta.

- **El papel del personal sanitario**

El personal sanitario debe afrontar con frecuencia situaciones clínicas en las que la información disponible es limitada.

Entre sus principales competencias destacan:

- Valoración crítica de la información.
- Aplicación de la evidencia científica.
- Reevaluación continua del paciente.
- Comunicación clara con el equipo.
- Adaptación de los planes terapéuticos.
- Registro adecuado de las decisiones adoptadas.

Estas actuaciones favorecen una atención segura incluso en escenarios complejos.

- **La aportación del personal no sanitario**

El personal no sanitario también desempeña un papel fundamental en la gestión de la incertidumbre.

El personal administrativo reorganiza agendas y circuitos cuando se producen cambios inesperados.

Los celadores adaptan los traslados a nuevas necesidades asistenciales.

Los profesionales de informática garantizan la continuidad de los sistemas de información ante incidencias tecnológicas.

Los equipos de logística aseguran el suministro de materiales esenciales.

Los servicios de mantenimiento responden rápidamente a averías que podrían afectar al funcionamiento del centro.

La coordinación de todas estas actuaciones contribuye a mantener la actividad asistencial.

- **Comunicación en situaciones de incertidumbre**

La comunicación constituye uno de los elementos más importantes para gestionar escenarios inciertos.

Debe caracterizarse por:

- Transparencia.
- Claridad.
- Rapidez.
- Actualización continua.
- Coordinación entre profesionales.
- Escucha activa.

Una comunicación eficaz reduce la incertidumbre percibida y favorece la toma de decisiones compartidas.

- **Liderazgo adaptativo**

Los responsables de las organizaciones sanitarias desempeñan un papel decisivo durante los periodos de incertidumbre.

El liderazgo adaptativo se caracteriza por:

- Favorecer la colaboración.
- Proporcionar información fiable.
- Facilitar la participación de los profesionales.
- Promover soluciones flexibles.
- Priorizar la seguridad.

- Mantener la confianza de los equipos.

Este modelo fortalece la resiliencia organizativa.

- **Formación y simulación**

La preparación de los profesionales constituye una de las mejores estrategias para afrontar situaciones inciertas.

Los programas formativos pueden incluir:

- Simulación clínica.
- Gestión de crisis.
- Toma de decisiones complejas.
- Comunicación en emergencias.
- Gestión emocional.
- Trabajo en equipo.

La formación práctica mejora la capacidad de respuesta y disminuye el impacto de situaciones imprevistas.

- **Tecnología como apoyo**

Las nuevas tecnologías ofrecen herramientas que ayudan a reducir la incertidumbre.

Entre ellas destacan:

- Sistemas de apoyo a la decisión clínica.
- Inteligencia artificial.
- Modelos predictivos.
- Historia clínica electrónica.
- Plataformas de monitorización en tiempo real.
- Sistemas de alerta precoz.

Estas soluciones complementan el juicio profesional y facilitan decisiones más fundamentadas.

- **Barreras para una adecuada gestión**

Diversos factores pueden dificultar la gestión de la incertidumbre.

Entre ellos destacan:

- Sobrecarga asistencial.

- Escasez de información.
- Comunicación deficiente.
- Rigidez organizativa.
- Resistencia al cambio.
- Insuficiente formación.

Superar estas barreras requiere planificación, liderazgo y aprendizaje continuo.

- **Beneficios organizativos**

Una adecuada gestión de la incertidumbre aporta importantes ventajas:

- Mayor capacidad de adaptación.
- Mejor toma de decisiones.
- Incremento de la seguridad del paciente.
- Reducción de errores.
- Mayor cohesión de los equipos.
- Incremento de la confianza organizativa.
- Mejor utilización de los recursos.
- Fortalecimiento de la resiliencia institucional.

Estos beneficios mejoran la respuesta del sistema sanitario ante situaciones complejas.

- **Perspectivas de futuro**

La incertidumbre continuará formando parte de la realidad sanitaria debido a los cambios demográficos, epidemiológicos y tecnológicos. Las organizaciones deberán desarrollar modelos más flexibles, fortalecer la capacidad de anticipación y potenciar el aprendizaje continuo.

La inteligencia artificial, el análisis predictivo y los sistemas avanzados de información facilitarán la toma de decisiones, pero seguirán siendo imprescindibles el criterio profesional, la colaboración interdisciplinar y el liderazgo adaptativo para afrontar escenarios cambiantes.

- **Conclusiones**

La gestión de la incertidumbre constituye una competencia esencial para garantizar el correcto funcionamiento de las organizaciones sanitarias.

Su desarrollo requiere la implicación del personal sanitario y no sanitario, una comunicación eficaz, liderazgo adaptativo, formación continuada y una cultura organizativa basada en el aprendizaje y la mejora continua.

Las organizaciones capaces de afrontar la incertidumbre de manera estructurada responden con mayor eficacia a los cambios, protegen mejor a pacientes y profesionales y fortalecen su capacidad para ofrecer una atención segura, eficiente y sostenible.

Prepararse para gestionar la incertidumbre no significa eliminar todos los riesgos, sino desarrollar organizaciones más resilientes, flexibles y preparadas para afrontar con éxito los desafíos del futuro.

- **Bibliografía**

- Organización Mundial de la Salud. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra: OMS; 2021.
- Organización Mundial de la Salud. *Managing Epidemics: Key Facts About Major Deadly Diseases*. Ginebra: OMS.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Weick KE, Sutcliffe KM. *Managing the Unexpected: Resilient Performance in an Age of Uncertainty*. 3.ª ed. Wiley; 2015.
- Hollnagel E, Woods DD, Leveson N. *Resilience Engineering: Concepts and Precepts*. Ashgate Publishing.
- Institute for Healthcare Improvement. *Leadership Guide to Patient Safety*. Boston.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Health Systems Resilience During Public Health Emergencies*. Copenhague.
- National Academy of Medicine. *Crisis Standards of Care: A Systems Framework for Catastrophic Disaster Response*. Washington DC.
- Reason J. *Managing the Risks of Organizational Accidents*. Ashgate Publishing.
- World Health Organization. *Framework on Integrated, People-Centred Health Services*. Ginebra: OMS.

La inteligencia colectiva en las organizaciones sanitarias: potenciando el talento del personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

La creciente complejidad de los sistemas sanitarios exige modelos organizativos capaces de integrar conocimientos, experiencias y habilidades procedentes de múltiples disciplinas. Ningún profesional, por muy cualificado que sea, dispone de forma individual de todos los recursos necesarios para resolver la totalidad de los problemas que se presentan en la práctica asistencial. En este contexto, la inteligencia colectiva surge como una estrategia organizativa que permite aprovechar el conocimiento conjunto de los equipos para mejorar la calidad de la atención, la seguridad del paciente y la eficiencia de los servicios.

La inteligencia colectiva hace referencia a la capacidad de un grupo para resolver problemas, generar conocimiento e innovar mediante la colaboración de sus integrantes. En el ámbito sanitario, esta capacidad adquiere una importancia extraordinaria debido a la necesidad de coordinar actuaciones entre diferentes categorías profesionales, compartir información en tiempo real y tomar decisiones complejas con rapidez y precisión.

Su desarrollo implica la participación tanto del personal sanitario como del personal no sanitario. Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos,

psicólogos, técnicos superiores sanitarios, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo, celadores, profesionales de informática, mantenimiento, limpieza, logística, cocina, gestión y servicios generales aportan conocimientos específicos que, cuando se integran de forma adecuada, permiten alcanzar resultados superiores a los que podría obtener cada profesional de manera aislada.

Promover la inteligencia colectiva supone transformar las organizaciones sanitarias en espacios de aprendizaje continuo, cooperación e innovación permanente.

- **Concepto de inteligencia colectiva**

La inteligencia colectiva puede definirse como la capacidad de un grupo para generar soluciones más eficaces mediante la combinación del conocimiento, la experiencia y las competencias de todos sus integrantes.

Este modelo se fundamenta en la colaboración, el intercambio de información, la confianza mutua y la participación activa de todos los profesionales.

Su finalidad consiste en mejorar la toma de decisiones y aumentar la capacidad de adaptación de la organización.

- **Relevancia en el entorno sanitario**

La asistencia sanitaria moderna requiere la integración de múltiples disciplinas para responder adecuadamente a las necesidades de los pacientes.

La inteligencia colectiva favorece:

- Resolución de problemas complejos.
- Innovación organizativa.
- Aprendizaje compartido.
- Coordinación asistencial.
- Seguridad del paciente.
- Mejora continua.

Estos beneficios fortalecen la calidad global del sistema sanitario.

- **Principios fundamentales**

El desarrollo de la inteligencia colectiva se apoya en diversos principios organizativos.

Entre ellos destacan:

- Colaboración.

- Confianza.
- Diversidad profesional.
- Comunicación abierta.
- Participación.
- Aprendizaje continuo.
- Objetivos compartidos.

La aplicación conjunta de estos principios favorece el rendimiento de los equipos.

- **El papel del personal sanitario**

El personal sanitario aporta conocimientos científicos y experiencia clínica fundamentales para el funcionamiento de los equipos.

Su participación incluye:

- Valoración clínica.
- Elaboración de planes terapéuticos.
- Desarrollo de protocolos.
- Investigación.
- Formación de nuevos profesionales.
- Participación en comités multidisciplinares.

El intercambio permanente de experiencias mejora la calidad de las decisiones asistenciales.

- **La contribución del personal no sanitario**

El personal no sanitario aporta un conocimiento imprescindible sobre el funcionamiento de la organización.

El personal administrativo optimiza los circuitos de atención y la gestión documental.

Los celadores identifican oportunidades de mejora relacionadas con la movilidad de pacientes y materiales.

Los profesionales de informática desarrollan herramientas que facilitan la colaboración.

Los equipos de logística garantizan la disponibilidad de recursos.

Los servicios de mantenimiento y limpieza contribuyen a mantener entornos seguros y funcionales.

Su participación enriquece el análisis de los problemas y favorece soluciones más completas.

- **Diversidad como fuente de innovación**

Los equipos diversos poseen una mayor capacidad para generar soluciones innovadoras.

La diversidad puede estar relacionada con:

- Formación académica.
- Experiencia profesional.
- Edad.
- Especialidad.
- Funciones desempeñadas.
- Perspectivas organizativas.

La integración de diferentes puntos de vista permite analizar los problemas desde múltiples enfoques.

- **Comunicación y colaboración**

La inteligencia colectiva depende de una comunicación eficaz entre todos los miembros de la organización.

Las principales estrategias incluyen:

- Reuniones multidisciplinares.
- Sesiones clínicas.
- Plataformas colaborativas.
- Protocolos compartidos.
- Espacios para el intercambio de experiencias.
- Retroalimentación continua.

La comunicación favorece la creación de conocimiento compartido.

- **Liderazgo facilitador**

Los responsables de las organizaciones sanitarias deben ejercer un liderazgo orientado a potenciar el talento colectivo.

Este modelo de liderazgo promueve:

- Participación de todos los profesionales.

- Escucha activa.
- Reconocimiento de las aportaciones individuales.
- Coordinación interdisciplinar.
- Resolución colaborativa de problemas.
- Desarrollo profesional.

El liderazgo facilitador fortalece el compromiso de los equipos.

- **Tecnología al servicio de la inteligencia colectiva**

Las tecnologías de la información permiten ampliar las posibilidades de colaboración.

Entre las herramientas más utilizadas destacan:

- Historia clínica electrónica compartida.
- Plataformas de trabajo colaborativo.
- Videoconferencias.
- Repositorios de conocimiento.
- Sistemas de apoyo a la decisión clínica.
- Inteligencia artificial como apoyo al análisis de datos.

Estas herramientas facilitan el intercambio rápido de información y la construcción de conocimiento organizativo.

- **Barreras para su desarrollo**

Existen diversos factores que pueden dificultar la inteligencia colectiva.

Entre los más frecuentes destacan:

- Estructuras jerárquicas rígidas.
- Sobrecarga asistencial.
- Comunicación insuficiente.
- Escasa participación profesional.
- Resistencia al cambio.
- Falta de confianza entre equipos.
- Limitaciones tecnológicas.

La superación de estas barreras requiere liderazgo y compromiso institucional.

- **Beneficios organizativos**

La implantación de modelos basados en inteligencia colectiva proporciona numerosas ventajas.

Entre ellas destacan:

- Mejor calidad asistencial.
- Mayor capacidad de innovación.
- Incremento de la seguridad del paciente.
- Mejor utilización del conocimiento disponible.
- Mayor satisfacción profesional.
- Incremento de la eficiencia organizativa.
- Mayor capacidad para resolver problemas complejos.
- Fortalecimiento del aprendizaje institucional.

Estos beneficios contribuyen a construir organizaciones más resilientes y competitivas.

- **Perspectivas de futuro**

Durante los próximos años, la inteligencia colectiva adquirirá un papel cada vez más relevante en las organizaciones sanitarias. La combinación de plataformas colaborativas, análisis de datos, inteligencia artificial y modelos de trabajo interdisciplinar permitirá aprovechar de manera más eficiente el conocimiento generado por los profesionales.

No obstante, la tecnología únicamente actuará como elemento facilitador. El verdadero valor continuará residiendo en la capacidad de las personas para colaborar, compartir experiencias y construir soluciones comunes orientadas a mejorar la atención sanitaria.

- **Conclusiones**

La inteligencia colectiva representa una de las principales herramientas para afrontar los desafíos presentes y futuros de los sistemas sanitarios.

Su desarrollo requiere la participación activa del personal sanitario y no sanitario, una comunicación abierta, liderazgo facilitador y una cultura organizativa basada en la colaboración y el aprendizaje continuo.

Las organizaciones que potencian el talento colectivo mejoran la calidad de la asistencia, incrementan la capacidad de innovación, optimizan la utilización de los recursos y fortalecen la seguridad del paciente.

Invertir en inteligencia colectiva significa transformar el conocimiento individual en un patrimonio compartido capaz de impulsar organizaciones sanitarias más eficientes, humanas y preparadas para responder a los retos del futuro.

- **Bibliografía**

- Organización Mundial de la Salud. *Framework on Integrated, People-Centred Health Services*. Ginebra: OMS; 2016.
- Organización Mundial de la Salud. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Ginebra: OMS; 2016.
- Lévy P. *Collective Intelligence: Mankind's Emerging World in Cyberspace*. Perseus Books; 1997.
- Surowiecki J. *The Wisdom of Crowds*. Anchor Books; 2005.
- Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Doubleday; 2006.
- Institute for Healthcare Improvement. *Leadership Guide to Patient Safety*. Boston.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Strengthening Health Systems Through Collaborative Practice*. Copenhague.
- Edmondson AC. *The Fearless Organization*. Wiley; 2019.
- World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra: OMS; 2021.
- Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company*. Oxford University Press; 1995.

La innovación organizativa en los servicios sanitarios: estrategias para mejorar la eficiencia del personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

La innovación organizativa se ha convertido en uno de los principales motores de transformación de los sistemas sanitarios. El incremento de la demanda asistencial, el envejecimiento de la población, la cronicidad, la incorporación de nuevas tecnologías y la necesidad de optimizar los recursos obligan a las organizaciones sanitarias a revisar continuamente sus modelos de funcionamiento. En este contexto, innovar ya no significa únicamente incorporar equipamiento de última generación, sino también rediseñar procesos, mejorar la organización del trabajo y desarrollar nuevas formas de colaboración entre profesionales.

Las organizaciones sanitarias más eficientes son aquellas que fomentan una cultura de mejora continua, analizan críticamente sus procedimientos e impulsan iniciativas que permitan ofrecer una asistencia más segura, accesible y de mayor calidad. La innovación organizativa facilita la adaptación a los cambios del entorno, mejora la utilización de los recursos disponibles y favorece la satisfacción tanto de los profesionales como de los pacientes.

Este proceso implica a todo el personal sanitario y no sanitario. Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, técnicos superiores sanitarios, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo, celadores, profesionales de informática, mantenimiento, limpieza, logística, cocina, gestión y servicios generales participan diariamente en actividades susceptibles de ser optimizadas mediante nuevas estrategias organizativas.

Fomentar la innovación organizativa permite construir organizaciones sanitarias más resilientes, eficientes y preparadas para responder a los retos presentes y futuros.

- **Concepto de innovación organizativa**

La innovación organizativa consiste en la implantación de nuevas formas de gestionar el trabajo, coordinar equipos, distribuir recursos o diseñar procesos con el objetivo de mejorar el rendimiento de la organización.

No siempre implica grandes cambios tecnológicos. En muchas ocasiones, pequeñas modificaciones en la organización del trabajo generan mejoras significativas en la calidad asistencial y en la eficiencia de los servicios.

La innovación debe entenderse como un proceso continuo orientado al aprendizaje y a la mejora permanente.

- **Necesidad de innovar en el sistema sanitario**

Los sistemas sanitarios afrontan desafíos que requieren respuestas organizativas innovadoras.

Entre ellos destacan:

- Envejecimiento de la población.
- Incremento de enfermedades crónicas.
- Escasez de profesionales.
- Mayor complejidad asistencial.
- Limitación de recursos económicos.
- Aumento de las expectativas de los pacientes.

La innovación permite adaptar la organización a estas nuevas necesidades.

- **Áreas de innovación organizativa**

La innovación puede desarrollarse en numerosos ámbitos.

Entre los más relevantes se encuentran:

- Gestión de procesos asistenciales.
- Organización del trabajo.
- Coordinación entre niveles asistenciales.
- Gestión de recursos humanos.
- Transformación digital.
- Atención centrada en la persona.
- Gestión logística.

Cada una de estas áreas ofrece oportunidades para mejorar la eficiencia y la calidad.

- **El papel del personal sanitario**

El personal sanitario desempeña un papel protagonista en la identificación de oportunidades de mejora.

Su experiencia permite detectar:

- Procedimientos poco eficientes.
- Duplicidad de tareas.
- Retrasos asistenciales.
- Necesidades formativas.
- Propuestas de mejora clínica.
- Nuevos modelos de atención.

La participación activa de los profesionales facilita que las innovaciones respondan a necesidades reales.

- **La contribución del personal no sanitario**

El personal no sanitario aporta una visión esencial sobre el funcionamiento cotidiano de la organización.

El personal administrativo identifica oportunidades para simplificar circuitos documentales.

Los celadores proponen mejoras relacionadas con los circuitos de pacientes y materiales.

Los profesionales de informática desarrollan herramientas que optimizan los procesos de gestión.

Los equipos de logística mejoran la distribución de recursos.

Los servicios de mantenimiento impulsan soluciones relacionadas con la eficiencia energética y la seguridad de las instalaciones.

La innovación organizativa requiere integrar todas estas perspectivas.

- **Liderazgo para la innovación**

Los equipos directivos desempeñan una función decisiva para crear un entorno favorable a la innovación.

El liderazgo innovador se caracteriza por:

- Favorecer la participación.
- Escuchar las propuestas de mejora.

- Impulsar el trabajo colaborativo.
- Facilitar la formación.
- Promover la experimentación responsable.
- Reconocer las iniciativas exitosas.

Este modelo favorece el compromiso de los profesionales con el cambio.

- **Gestión del cambio**

Toda innovación implica un proceso de adaptación.

Para facilitar su implantación resulta recomendable:

- Informar adecuadamente a los profesionales.
- Explicar los beneficios esperados.
- Implicar a los equipos desde el inicio.
- Desarrollar programas formativos.
- Evaluar los resultados obtenidos.
- Introducir mejoras progresivas.

Una adecuada gestión del cambio reduce la resistencia organizativa.

- **Tecnología e innovación organizativa**

Las herramientas digitales constituyen un importante apoyo para la innovación.

Entre las más utilizadas destacan:

- Historia clínica electrónica.
- Automatización de procesos administrativos.
- Inteligencia artificial.
- Analítica de datos.
- Telemedicina.
- Plataformas colaborativas.

Estas tecnologías permiten optimizar recursos y facilitar la toma de decisiones.

- **Cultura de innovación**

La innovación sostenible requiere desarrollar una cultura organizativa basada en el aprendizaje continuo.

Esta cultura promueve:

- Creatividad.
- Colaboración.
- Evaluación permanente.
- Compartición de experiencias.
- Aprendizaje de los errores.
- Mejora continua.

Las organizaciones innovadoras convierten cada experiencia en una oportunidad para evolucionar.

- **Barreras para la innovación**

Entre los principales obstáculos destacan:

- Resistencia al cambio.
- Sobrecarga asistencial.
- Limitación de recursos.
- Escasez de tiempo.
- Comunicación insuficiente.
- Rigidez organizativa.
- Falta de reconocimiento de las iniciativas.

Superar estas barreras exige liderazgo, planificación y participación profesional.

- **Beneficios organizativos**

La innovación organizativa aporta importantes ventajas:

- Mayor eficiencia.
- Reducción de tiempos de espera.
- Mejor utilización de los recursos.
- Incremento de la calidad asistencial.
- Mayor satisfacción profesional.
- Mejora de la experiencia del paciente.
- Mayor capacidad de adaptación.
- Incremento de la sostenibilidad del sistema sanitario.

Estos beneficios repercuten directamente sobre la calidad global de la atención.

- **Perspectivas de futuro**

La innovación organizativa continuará siendo un elemento estratégico durante los próximos años. La integración de inteligencia artificial, automatización de procesos, análisis predictivo de datos y modelos asistenciales colaborativos permitirá desarrollar organizaciones más flexibles y eficientes.

Sin embargo, la verdadera innovación seguirá dependiendo de las personas. La participación activa del personal sanitario y no sanitario, el liderazgo transformador y la cultura de mejora continua serán los principales factores que determinarán el éxito de las organizaciones sanitarias del futuro.

- **Conclusiones**

La innovación organizativa constituye una herramienta imprescindible para afrontar los retos actuales de los sistemas sanitarios.

Su desarrollo requiere la implicación de todo el personal sanitario y no sanitario, el compromiso de los equipos directivos y la implantación de una cultura basada en el aprendizaje, la colaboración y la mejora continua.

Las organizaciones que fomentan la innovación consiguen optimizar recursos, incrementar la calidad asistencial, mejorar la satisfacción de profesionales y pacientes y fortalecer la sostenibilidad del sistema sanitario.

Innovar en la organización no significa únicamente cambiar procedimientos, sino construir una forma de trabajar más eficiente, participativa y orientada a ofrecer una atención sanitaria de excelencia.

- **Bibliografía**

- Organización Mundial de la Salud. *Framework on Integrated, People-Centred Health Services*. Ginebra: OMS; 2016.
- Organización Mundial de la Salud. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Ginebra: OMS; 2016.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Health at a Glance: Europe*. París: OECD Publishing.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Institute for Healthcare Improvement. *Science of Improvement: How to Improve*. Boston.
- Kotter JP. *Leading Change*. Harvard Business Review Press; 2012.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Health System Performance Assessment: A Framework for Policy Analysis*. Copenhague.

- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations. *Milbank Quarterly*. 2004;82(4):581-629.
- World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra: OMS; 2021.
- Drucker PF. *Innovation and Entrepreneurship*. Routledge.

La prevención de la sobrecarga sensorial en los centros sanitarios: ruido, alarmas, iluminación y estímulos que afectan al personal sanitario y no sanitario

Introducción

Los centros sanitarios son entornos caracterizados por una elevada cantidad de estímulos. Conversaciones, teléfonos, alarmas de equipos, megafonía, movimiento de carros, apertura y cierre de puertas, iluminación artificial, pantallas, avisos electrónicos y circulación constante de personas forman parte de la actividad cotidiana de hospitales y centros de salud.

Cada uno de estos estímulos puede parecer poco relevante de forma aislada. Sin embargo, cuando se acumulan durante varias horas pueden generar una importante carga sensorial para los trabajadores. El cerebro debe seleccionar continuamente qué información resulta importante, qué señales requieren una respuesta inmediata y cuáles pueden ignorarse. Este esfuerzo permanente puede contribuir a incrementar la fatiga, dificultar la concentración y aumentar la sensación de sobrecarga.

El problema adquiere especial relevancia en el ámbito sanitario porque muchas actividades requieren un elevado nivel de atención. Interpretar una información clínica, preparar medicación, introducir datos, procesar una muestra, movilizar a un paciente o realizar una reparación técnica son tareas en las que las distracciones pueden interferir con el desempeño.

La sobrecarga sensorial no afecta únicamente al personal sanitario. Administrativos, celadores, trabajadores de limpieza, mantenimiento, cocina, logística, informática, seguridad y otros profesionales desarrollan también su actividad en espacios con numerosos estímulos simultáneos.

Además, el control adecuado del entorno beneficia a los propios pacientes, especialmente a aquellos hospitalizados durante periodos prolongados, personas mayores, pacientes con deterioro cognitivo o personas que necesitan descansar.

Por ello, analizar el ruido, la iluminación, las alarmas y otros estímulos ambientales constituye una parte importante de la prevención de riesgos y de la mejora de la calidad de los entornos sanitarios.

¿Qué entendemos por sobrecarga sensorial?

La sobrecarga sensorial aparece cuando una persona recibe una cantidad de estímulos superior a la que puede procesar cómodamente durante un determinado periodo.

Estos estímulos pueden ser:

- Auditivos.

- Visuales.
- Lumínicos.
- Táctiles.
- Digitales.
- Ambientales.

En un centro sanitario, varios de ellos suelen presentarse simultáneamente.

El trabajador debe mantener su actividad mientras filtra continuamente información irrelevante y permanece atento a aquellas señales que pueden indicar una situación importante.

El ruido en los centros sanitarios

El ruido constituye uno de los estímulos ambientales más evidentes.

Puede proceder de:

- Conversaciones.
- Teléfonos.
- Alarmas.
- Carros.
- Equipos.
- Puertas.
- Sistemas de ventilación.
- Obras.
- Megafonía.
- Movimiento de personas.

No todos estos sonidos pueden eliminarse, ya que algunos forman parte inevitable de la actividad.

Sin embargo, sí pueden adoptarse medidas para reducir aquellos que no aportan información útil.

Ruido y concentración

Aunque determinados niveles de ruido no produzcan daño auditivo, pueden interferir con actividades que requieren concentración.

El ruido puede dificultar:

- Comprensión de conversaciones.
- Lectura.
- Introducción de datos.
- Cálculos.
- Memorización.
- Toma de decisiones.
- Comunicación telefónica.

Cuando el trabajador necesita realizar un esfuerzo adicional para mantener la atención puede aparecer mayor fatiga mental al finalizar la jornada.

Alarmas: necesarias, pero no todas iguales

Los equipos sanitarios utilizan señales acústicas para advertir de determinadas situaciones.

Estas alarmas cumplen una función esencial.

El problema aparece cuando existen demasiadas señales simultáneas o cuando un elevado porcentaje de ellas no requiere una intervención relevante.

La exposición repetida puede provocar lo que se denomina fatiga por alarmas.

Cuando todo emite una señal, puede resultar más difícil identificar rápidamente aquello que realmente requiere atención.

Fatiga por alarmas

La fatiga por alarmas se relaciona con una exposición elevada y repetida a señales procedentes de dispositivos.

Puede favorecer:

- Desensibilización.
- Retrasos en la respuesta.
- Dificultad para priorizar.
- Estrés.
- Sobrecarga cognitiva.

La solución no consiste en eliminar alarmas indiscriminadamente.

Es necesario revisar su configuración, relevancia y prioridad conforme a los procedimientos y características de cada equipo y unidad.

El ruido y los pacientes

El entorno acústico también afecta a los pacientes.

El descanso constituye un componente importante de la recuperación.

Durante la hospitalización, el ruido nocturno puede proceder de:

- Conversaciones.
- Alarmas.
- Carros.
- Apertura de puertas.
- Actividades asistenciales.
- Equipos.

Reducir los sonidos evitables puede favorecer el descanso y mejorar la experiencia del paciente.

Iluminación y trabajo

La iluminación constituye otro elemento fundamental.

Una iluminación insuficiente puede dificultar determinadas actividades, mientras que una iluminación excesiva o mal distribuida puede provocar molestias.

Las necesidades lumínicas varían según el puesto.

No requiere la misma iluminación:

- Un quirófano.
- Una oficina.
- Una habitación.
- Un almacén.
- Un laboratorio.
- Un pasillo.

Por ello, las condiciones deben adaptarse a las características de cada actividad.

Deslumbramientos y reflejos

Las fuentes de luz mal ubicadas pueden producir reflejos en pantallas o superficies.

Esto puede favorecer:

- Fatiga visual.
- Dificultad para leer.

- Posturas compensatorias.
- Molestias oculares.
- Cefaleas en algunas personas.

La colocación adecuada de pantallas y fuentes de iluminación puede reducir estos problemas.

Pantallas y estímulos digitales

La digitalización ha incrementado considerablemente el número de pantallas utilizadas.

Ordenadores, teléfonos, tabletas, monitores y dispositivos médicos proporcionan información imprescindible.

Sin embargo, también pueden generar una gran cantidad de avisos y notificaciones.

Un profesional puede recibir durante su jornada:

- Correos.
- Alertas.
- Mensajes.
- Avisos del sistema.
- Recordatorios.
- Solicitudes electrónicas.

Cuando todos los canales compiten por la atención, aumenta la carga cognitiva.

Notificaciones innecesarias

No todas las notificaciones requieren una respuesta inmediata.

Las organizaciones deberían establecer criterios sobre:

- Qué información debe generar una alerta.
- Qué canal utilizar.
- Qué mensajes son urgentes.
- Qué comunicaciones pueden consultarse posteriormente.

Reducir notificaciones irrelevantes permite que las alertas verdaderamente importantes destaquen con mayor claridad.

El personal administrativo

Los puestos administrativos pueden estar sometidos a una elevada carga sensorial.

En una misma zona pueden coincidir:

- Atención presencial.
- Teléfonos.
- Conversaciones.
- Ordenadores.
- Impresoras.
- Avisos.
- Usuarios esperando.

Mantener la concentración en estas condiciones puede resultar difícil.

La distribución adecuada de espacios y tareas puede contribuir a reducir esta carga.

El personal sanitario

Los profesionales sanitarios deben integrar simultáneamente numerosos estímulos.

Durante la atención a un paciente pueden aparecer:

- Alarmas.
- Preguntas de otros profesionales.
- Solicitudes familiares.
- Teléfonos.
- Avisos.
- Cambios clínicos.

El diseño del entorno debería facilitar que los trabajadores puedan distinguir rápidamente la información prioritaria.

Técnicos superiores sanitarios

En laboratorios y áreas diagnósticas, la precisión constituye un elemento fundamental.

El ruido, las interrupciones y las señales simultáneas pueden dificultar tareas relacionadas con:

- Identificación.

- Procesamiento.
- Registro.
- Verificación.
- Interpretación técnica.

La organización de espacios debe favorecer periodos de concentración.

Celadores

Los celadores desarrollan gran parte de su actividad en espacios de circulación donde existe una elevada cantidad de estímulos.

Además de desplazarse por entornos concurridos, deben permanecer atentos a:

- Pacientes.
- Obstáculos.
- Equipos.
- Indicaciones.
- Ascensores.
- Circulación de otras personas.

Una señalización clara y unos circuitos bien organizados reducen la carga de atención necesaria.

Personal de limpieza

Los trabajadores de limpieza también desarrollan sus funciones en entornos donde continúan produciéndose actividades asistenciales.

Deben mantener la atención sobre:

Señalización.

Productos.

Equipos.

Pacientes.

Residuos.

Riesgos específicos.

Una adecuada coordinación permite evitar que deban gestionar simultáneamente un número excesivo de estímulos.

Mantenimiento

Los profesionales de mantenimiento pueden realizar tareas que requieren gran concentración en espacios donde existe actividad alrededor.

Siempre que sea posible, determinadas intervenciones deberían desarrollarse en condiciones que reduzcan las distracciones.

Esto resulta especialmente importante en actividades relacionadas con electricidad, maquinaria o instalaciones técnicas.

Temperatura y confort ambiental

La sobrecarga ambiental no depende únicamente de estímulos visuales y auditivos.

Una temperatura inadecuada puede incrementar la sensación de malestar y dificultar la concentración.

Las condiciones térmicas deben adaptarse, dentro de las posibilidades técnicas, al tipo de actividad y características del espacio.

El confort ambiental forma parte de unas condiciones de trabajo adecuadas.

El papel del diseño arquitectónico

El diseño de los espacios puede influir significativamente sobre la carga sensorial.

Algunas estrategias incluyen:

Materiales que reduzcan reverberación.

Separación de zonas ruidosas.

Espacios específicos para conversaciones.

Distribución adecuada de puestos.

Iluminación adaptada.

Señalización clara.

La ergonomía ambiental debe considerarse desde la planificación de los centros y también durante las reformas.

Zonas de concentración

Determinadas tareas pueden beneficiarse de espacios donde se reduzcan las interrupciones y el ruido.

Por ejemplo:

- Preparación de determinadas medicaciones.
- Elaboración de informes.

- Revisión de documentación.
- Actividades administrativas complejas.

No siempre es posible disponer de espacios independientes, pero pueden establecerse medidas organizativas para proteger determinados momentos de concentración.

Reducir el ruido evitable

Algunas fuentes de ruido pueden reducirse mediante medidas sencillas:

- Evitar conversaciones innecesariamente elevadas.
- Ajustar el volumen de dispositivos cuando proceda.
- Mantener equipos y ruedas en buen estado.
- Cerrar puertas suavemente.
- Evitar golpes innecesarios con materiales.
- Revisar alarmas repetitivas.

Pequeñas actuaciones acumuladas pueden mejorar significativamente el entorno.

Formación y sensibilización

Los profesionales pueden acostumbrarse al ruido hasta dejar de percibirlo conscientemente.

Sin embargo, que un estímulo deje de resultar llamativo no significa que no continúe afectando a la atención.

La formación puede ayudar a reconocer:

- Fuentes de ruido.
- Alarmas innecesarias.
- Problemas de iluminación.
- Sobrecarga de notificaciones.
- Riesgos derivados de las distracciones.

La sensibilización permite identificar oportunidades de mejora.

Evaluación del entorno

Las organizaciones pueden analizar periódicamente las condiciones ambientales.

La evaluación puede incluir:

- Niveles de ruido.
- Iluminación.
- Temperatura.
- Distribución de espacios.
- Número de alarmas.
- Notificaciones digitales.
- Opinión de los trabajadores.

Los profesionales que utilizan diariamente los espacios pueden aportar información especialmente valiosa.

No todo depende del trabajador

Ante la sobrecarga sensorial no resulta suficiente recomendar:

“Concéntrate más”.

“Ignora el ruido”.

“Acostúmbrate”.

La capacidad de atención humana es limitada.

La prevención debe centrarse prioritariamente en diseñar entornos donde resulte más sencillo mantener la concentración.

Beneficios de mejorar el entorno sensorial

Una adecuada gestión de los estímulos puede contribuir a:

- Reducir la fatiga mental.
- Mejorar la concentración.
- Favorecer la comunicación.
- Disminuir errores.
- Mejorar el descanso de los pacientes.
- Reducir el estrés.
- Mejorar el clima laboral.
- Incrementar la seguridad.

Estas mejoras benefician tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Conclusiones

Los centros sanitarios son entornos caracterizados por una elevada densidad de estímulos auditivos, visuales y digitales.

Aunque muchos de ellos son necesarios para desarrollar la actividad, su acumulación puede generar sobrecarga sensorial y dificultar la concentración de los profesionales.

El ruido, las alarmas, la iluminación inadecuada, las notificaciones constantes y la distribución de los espacios deben considerarse elementos relevantes dentro de la prevención de riesgos y la seguridad del paciente.

La solución no consiste en exigir a los trabajadores que ignoren las distracciones, sino en diseñar entornos que permitan distinguir claramente la información importante de aquella que no requiere atención inmediata.

Evaluar las condiciones ambientales, racionalizar las alarmas, mejorar la iluminación, reducir el ruido evitable y organizar adecuadamente los espacios son estrategias que pueden mejorar significativamente el bienestar profesional.

Un entorno sanitario más tranquilo, organizado y ergonómicamente adecuado facilita el trabajo, reduce la carga mental y favorece una atención más segura.

Cuidar el entorno en el que trabajan los profesionales también significa cuidar a quienes diariamente desarrollan su actividad dentro de él y a los pacientes que reciben asistencia.

Bibliografía

1. World Health Organization. *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018.
2. World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Geneva: WHO; 2021.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Iluminación en el puesto de trabajo. Criterios para la evaluación y acondicionamiento de los puestos*. Madrid: INSST.
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Ruido: evaluación y acondicionamiento ergonómico*. Madrid: INSST.
5. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. *Boletín Oficial del Estado*.
6. The Joint Commission. *Medical Device Alarm Safety in Hospitals*. Sentinel Event Alert. Oakbrook Terrace: The Joint Commission.
7. Sendelbach S, Funk M. Alarm fatigue: a patient safety concern. *AACN Advanced Critical Care*. 2013;24(4):378-386.

8. Basner M, Babisch W, Davis A, et al. Auditory and non-auditory effects of noise on health. *The Lancet*. 2014;383(9925):1325-1332.
9. European Agency for Safety and Health at Work. *Noise at Work*. Bilbao: EU-OSHA.
10. Agency for Healthcare Research and Quality. *Patient Safety Network: Alarm Fatigue*. Rockville: AHRQ.

TRABAJAR SEGURO: PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

Introducción

La prevención de riesgos laborales es fundamental para proteger la salud y la seguridad de los trabajadores, especialmente en el ámbito sanitario, donde existe una exposición frecuente a riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales. Médicos, enfermeros, técnicos, celadores, personal de limpieza, administrativos y otros profesionales pueden sufrir accidentes o desarrollar enfermedades relacionadas con su actividad laboral. Por ello, es necesario identificar los riesgos existentes y establecer medidas preventivas que permitan desarrollar el trabajo en condiciones seguras. La prevención no debe entenderse únicamente como el cumplimiento de una normativa, sino como una responsabilidad compartida entre la organización y todos los trabajadores.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica sobre prevención de riesgos laborales en profesionales sanitarios y no sanitarios. Para ello, se consultaron documentos

oficiales, legislación española y publicaciones relacionadas con seguridad y salud en el trabajo. Se analizaron especialmente los principales riesgos presentes en los centros sanitarios y las medidas destinadas a reducirlos. Se tuvieron en cuenta aspectos relacionados con la utilización de equipos de protección individual (EPI), higiene de manos, prevención de accidentes con material biológico, manipulación de cargas, ergonomía, exposición a productos químicos y prevención de riesgos psicosociales.

Resultados

La revisión muestra que los trabajadores sanitarios presentan una elevada exposición a riesgos biológicos debido al contacto con sangre, fluidos corporales y pacientes potencialmente infectados. Las medidas más importantes son la higiene de manos, la correcta eliminación de objetos punzantes, la vacunación y el uso adecuado de EPI, como guantes, mascarillas, gafas y batas cuando sean necesarios.

También existen riesgos físicos y químicos relacionados con radiaciones, medicamentos peligrosos, productos desinfectantes y otros agentes utilizados en los centros sanitarios. La formación de los trabajadores y el cumplimiento de los protocolos de seguridad son fundamentales para disminuir estos riesgos.

En los profesionales no sanitarios, como personal administrativo, limpieza, mantenimiento o celadores, destacan los riesgos ergonómicos, las caídas, la manipulación de cargas, los productos químicos y los riesgos psicosociales. Una correcta organización del trabajo, el uso de ayudas mecánicas, la formación en ergonomía y unas condiciones adecuadas de los espacios laborales contribuyen a prevenir accidentes.

Asimismo, factores como el estrés, la sobrecarga laboral, los turnos prolongados y los conflictos interpersonales pueden afectar negativamente a la salud de los trabajadores. Por este motivo, la prevención debe incluir también medidas destinadas a mejorar el bienestar psicológico y la organización laboral.

Conclusiones

La prevención de riesgos laborales es esencial para garantizar un entorno de trabajo seguro tanto para profesionales sanitarios como no sanitarios. La identificación de los riesgos, la formación continua, el uso correcto de los equipos de protección y el cumplimiento de los protocolos permiten reducir accidentes y enfermedades profesionales. Además, es necesario prestar atención a los riesgos ergonómicos y psicosociales, que pueden tener consecuencias importantes a largo plazo. La seguridad laboral debe ser una responsabilidad colectiva basada en la participación activa de trabajadores, responsables y servicios de prevención.

Bibliografía

1. España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Prevención de riesgos laborales*. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Madrid.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Occupational health: health workers*. Ginebra:

OMS.

4. Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra: OIT.

5. Ministerio de Sanidad. *Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria*. Gobierno de España.

CUIDAR A QUIENES CUIDAN: PREVENCIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

Introducción

El síndrome de burnout constituye un importante problema relacionado con la salud laboral y el bienestar de los profesionales. Se caracteriza por un estado de agotamiento físico y emocional asociado a una exposición prolongada a situaciones de estrés laboral. Aunque inicialmente se relacionó principalmente con profesiones sanitarias, actualmente se reconoce que puede afectar a trabajadores de diferentes ámbitos, especialmente aquellos que mantienen un contacto continuado con personas y están expuestos a una elevada carga emocional.

Los profesionales sanitarios y no sanitarios pueden enfrentarse a jornadas intensas, sobrecarga de trabajo, falta de recursos, presión asistencial, conflictos laborales y dificultad para conciliar la vida profesional y personal. Estas circunstancias pueden favorecer la aparición de agotamiento, desmotivación, distanciamiento emocional y disminución del rendimiento profesional. El objetivo de este trabajo es analizar los principales factores relacionados con el burnout y destacar la importancia de su prevención mediante estrategias individuales y organizativas.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el síndrome de burnout, sus factores de riesgo, consecuencias y principales estrategias preventivas. Se consultaron documentos y publicaciones científicas de organismos nacionales e internacionales, así como artículos relacionados con salud laboral y bienestar profesional. Se seleccionaron fuentes centradas especialmente en profesionales sanitarios y trabajadores que desarrollan actividades de atención y cuidado a otras personas.

Resultados

La revisión realizada muestra que el burnout está relacionado principalmente con la exposición mantenida a factores de estrés laboral. Entre los factores de riesgo destacan la sobrecarga de trabajo, la falta de autonomía, los turnos prolongados, la escasez de personal, la presión asistencial, la falta de reconocimiento y las dificultades de comunicación dentro de los equipos. Sus manifestaciones pueden incluir cansancio persistente, irritabilidad, alteraciones del sueño, dificultad para concentrarse, pérdida de motivación y sensación de incapacidad para afrontar las demandas laborales. También puede aparecer distanciamiento emocional hacia usuarios, pacientes o compañeros, afectando negativamente a la calidad de la atención y a las relaciones profesionales.

La prevención requiere una actuación tanto individual como organizativa. A nivel individual, son importantes el descanso adecuado, la actividad física, el mantenimiento de relaciones sociales, la adquisición de estrategias para gestionar el estrés y la búsqueda de apoyo cuando sea necesario.

Sin embargo, estas medidas no deben responsabilizar exclusivamente al trabajador.

Las organizaciones tienen un papel fundamental mediante una adecuada planificación de los recursos humanos, distribución equilibrada de las cargas de trabajo, mejora de la comunicación, reconocimiento profesional, participación de los trabajadores en la toma de decisiones y creación de espacios de apoyo emocional. La formación de responsables y equipos en identificación precoz del malestar psicológico también puede favorecer una intervención temprana.

Conclusiones

El burnout representa un reto importante para la salud y la calidad de vida de los profesionales sanitarios y no sanitarios. Su prevención requiere reconocer los factores laborales que generan estrés y establecer medidas que permitan desarrollar entornos de trabajo saludables.

“Cuidar a quienes cuidan” implica promover una cultura organizativa basada en la prevención, el apoyo y el reconocimiento profesional. La detección precoz de las señales de agotamiento y la intervención coordinada pueden reducir sus

consecuencias y favorecer el bienestar de los trabajadores. La responsabilidad de prevenir el burnout debe ser compartida entre profesionales, equipos y organizaciones.

Bibliografía

1.World Health Organization.*Burn-out an occupational phenomenon: International Classification of Diseases*. Geneva: WHO; 2019.

2.Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout.*Journal of Occupational Behaviour*. 1981;2(2):99-113.

3.Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry.*World Psychiatry*. 2016;15(2):103-111.

4.Ministerio de Sanidad.*Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud 2022-2026*.

Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022.

5.Organización Mundial de la Salud.*Mental health at work*. Geneva: WHO; 2022.

ENTORNOS SEGUROS: PREVENCIÓN DEL ACOSO SEXUAL PARA PROFESIONALES SANITARIOS Y NO SANITARIOS

Introducción

El acoso sexual en el entorno laboral constituye una forma de violencia y discriminación que puede afectar a la dignidad, integridad y bienestar de las personas trabajadoras. Puede presentarse mediante conductas verbales, no verbales o físicas de naturaleza sexual no deseadas, generando un ambiente intimidatorio, hostil, humillante u ofensivo. Aunque puede producirse en cualquier ámbito profesional, determinados entornos caracterizados por una elevada interacción entre trabajadores, usuarios y pacientes pueden presentar situaciones especialmente complejas.

El personal sanitario y no sanitario puede encontrarse expuesto a conductas inapropiadas tanto por parte de compañeros y superiores como de usuarios, pacientes u otras personas relacionadas con la actividad laboral. La normalización de determinadas conductas, el miedo a las consecuencias profesionales o el desconocimiento de los recursos disponibles pueden favorecer que estas situaciones no sean comunicadas. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la prevención, detección precoz y actuación frente al acoso sexual, promoviendo entornos laborales seguros y respetuosos.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el acoso sexual en el ámbito laboral, sus factores de riesgo, consecuencias y estrategias de prevención. Se consultaron documentos y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, legislación vigente y publicaciones relacionadas con igualdad, prevención de riesgos laborales y salud en el trabajo. Se seleccionaron fuentes centradas en la identificación de conductas de acoso, prevención, protocolos de actuación y protección de las personas afectadas.

Resultados

La revisión muestra que el acoso sexual puede manifestarse de diferentes formas. Entre ellas se encuentran comentarios o bromas de contenido sexual, insinuaciones, mensajes no deseados, observaciones sobre el cuerpo o la apariencia, contacto físico no consentido, solicitudes de carácter sexual o comportamientos que generen un entorno laboral intimidatorio u ofensivo. Las consecuencias pueden afectar tanto a la salud física como psicológica de la persona afectada. Se han descrito ansiedad, estrés, alteraciones del sueño, pérdida de autoestima, aislamiento, disminución de la motivación y dificultades para desarrollar con normalidad la actividad profesional. Además, estas situaciones pueden deteriorar el clima laboral y repercutir negativamente sobre el funcionamiento de los equipos.

La prevención debe comenzar con la creación de una cultura organizativa basada en el respeto y la igualdad. Es fundamental que las instituciones dispongan de protocolos claros que definan las conductas inapropiadas, establezcan mecanismos confidenciales de comunicación y determinen las actuaciones que deben realizarse ante una sospecha o denuncia.

La formación del personal sanitario y no sanitario constituye otra herramienta esencial. Los profesionales deben conocer cómo identificar situaciones de riesgo, cómo actuar ante una posible víctima y qué recursos existen dentro de la organización. La intervención debe realizarse evitando culpabilizar a la persona afectada y garantizando confidencialidad, protección y acompañamiento.

Conclusiones

El acoso sexual laboral constituye un problema que requiere una respuesta activa por parte de profesionales y organizaciones. La prevención, la formación y la existencia de protocolos accesibles son elementos fundamentales para favorecer espacios de trabajo seguros.

Es necesario promover una cultura en la que cualquier conducta sexual no deseada sea reconocida y no normalizada. Asimismo, las organizaciones deben garantizar canales de comunicación eficaces y medidas de protección para las personas afectadas. Construir entornos seguros implica una responsabilidad compartida y requiere el compromiso de todo el personal sanitario y no sanitario.

Bibliografía

1.Organización Internacional del Trabajo.*Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)*. Ginebra: OIT; 2019.

2.Organización Internacional del Trabajo.*Violence and harassment in the world of work*. Ginebra: OIT.

3.Naciones Unidas.*Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)*. Nueva York: Naciones Unidas; 1979.

4.Gobierno de España.*Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres*. Boletín Oficial del Estado; 2007.

5.Instituto de las Mujeres.*Acoso sexual y acoso por razón de sexo en el ámbito laboral*. Madrid: Ministerio de Igualdad.

ROMPIENDO EL SILENCIO: ACTUACIÓN ANTE LA VIOLENCIA DE GÉNERO DESDE EL ÁMBITO SANITARIO Y SOCIAL

Introducción

La violencia de género constituye un importante problema de salud pública y una vulneración de los derechos humanos. Sus consecuencias afectan no solo a la salud física y psicológica de las mujeres, sino también a su entorno familiar y social. Las víctimas pueden presentar lesiones, ansiedad, depresión, trastornos del sueño, aislamiento social o dificultades económicas, entre otras consecuencias. En numerosas ocasiones, la violencia permanece oculta durante años, por lo que la detección precoz y una respuesta coordinada resultan fundamentales.

Los profesionales sanitarios se encuentran en una posición privilegiada para identificar posibles situaciones de violencia, ya que pueden tener contacto con las mujeres en diferentes momentos de su vida. Sin embargo, la intervención no debe limitarse al ámbito sanitario. Profesionales de servicios sociales, educación, fuerzas de seguridad y otros recursos comunitarios también desempeñan un papel esencial. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la actuación conjunta del personal sanitario y no sanitario en la prevención, detección y atención de la violencia de género.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre la violencia de género y las estrategias de detección y actuación desde los ámbitos sanitario y social. Se consultaron documentos y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), el

Ministerio de Igualdad y el Ministerio de Sanidad. Se seleccionaron publicaciones y documentos centrados en la identificación de signos de violencia, la atención integral a las víctimas, la prevención y la coordinación entre profesionales y recursos asistenciales.

Resultados

La literatura revisada señala que la detección precoz constituye uno de los principales elementos para mejorar la atención a las víctimas. Algunos indicadores de alerta pueden ser lesiones frecuentes o inexplicables, consultas reiteradas, síntomas de ansiedad o depresión, miedo, aislamiento, cambios de conducta o la presencia de una pareja excesivamente controladora. La actuación profesional debe realizarse desde una perspectiva de género, evitando culpabilizar o juzgar a la víctima. Es fundamental proporcionar un espacio seguro y confidencial que facilite la comunicación. Ante una posible situación de violencia, se recomienda valorar el riesgo, garantizar la seguridad inmediata y ofrecer información sobre los recursos disponibles.

La coordinación entre los diferentes profesionales resulta esencial para evitar intervenciones aisladas y garantizar una atención integral. Los servicios sanitarios pueden facilitar la detección y atención de las consecuencias sobre la salud, mientras que los servicios sociales pueden contribuir al apoyo psicológico, social y económico y a la conexión con recursos especializados. Asimismo, la formación continuada de los profesionales mejora la capacidad para reconocer situaciones de violencia y actuar adecuadamente.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta integral y coordinada en la que participen tanto profesionales sanitarios como no sanitarios. La escucha activa, la detección precoz, la valoración del riesgo, la protección y la derivación adecuada son elementos fundamentales de la intervención. Es necesario continuar desarrollando programas de formación y protocolos de actuación que permitan a los profesionales reconocer las señales de alarma y responder de manera segura, empática y eficaz.

Romper el silencio implica crear espacios donde las víctimas puedan sentirse escuchadas y protegidas. La implicación de todos los profesionales puede contribuir a disminuir las consecuencias de la violencia y facilitar el acceso de las mujeres a una vida libre de violencia.

Bibliografía

1.Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer*. OMS; 2021.

2.Ministerio de Sanidad. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

3.Ministerio de Igualdad. *Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género*. Madrid: Gobierno de España.

4.Naciones Unidas. *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Nueva York: Naciones Unidas; 1993.

5.Organización Mundial de la Salud. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres*. OMS.

CUANDO EL TRABAJO SE CONVIERTE EN CONFLICTO: DETECCIÓN Y PREVENCIÓN DEL MOBBING

Introducción

El mobbing o acoso psicológico laboral constituye un problema que puede afectar gravemente al bienestar de las personas trabajadoras y al funcionamiento de las organizaciones. Se caracteriza por la exposición repetida y prolongada a conductas hostiles, humillantes o intimidatorias en el entorno laboral, que pueden proceder de superiores, compañeros o, en determinadas circunstancias, de personas subordinadas. Aunque los conflictos forman parte de las relaciones laborales, no todo conflicto constituye acoso. La persistencia, intencionalidad o gravedad de determinadas conductas y su repercusión sobre la persona son elementos relevantes para su identificación.

Los profesionales sanitarios y no sanitarios pueden estar expuestos a situaciones de elevada presión, sobrecarga de trabajo, dificultades organizativas y conflictos interpersonales. Cuando estas situaciones no se gestionan adecuadamente, pueden favorecer un deterioro del clima laboral. El objetivo de este trabajo es analizar las principales manifestaciones y consecuencias del mobbing, así como destacar la importancia de su detección precoz y de las estrategias de prevención.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el acoso psicológico en el ámbito laboral, sus factores de riesgo, manifestaciones, consecuencias y medidas preventivas. Se consultaron publicaciones científicas y documentos de organismos nacionales e internacionales relacionados con salud laboral, riesgos psicosociales y prevención de la violencia en el trabajo. Se seleccionaron fuentes

centradas en la identificación del mobbing y en las estrategias de intervención individual y organizativa.

Resultados

La revisión evidencia que el mobbing puede manifestarse mediante conductas repetidas como aislamiento deliberado, exclusión de reuniones o actividades, difusión de rumores, críticas constantes, descalificaciones, ridiculización, ocultación de información necesaria para realizar el trabajo o asignación de tareas desproporcionadas. También pueden aparecer obstáculos injustificados para desarrollar las funciones profesionales o cuestionamientos continuos de las capacidades de la persona.

Las consecuencias pueden ser importantes. A nivel psicológico pueden aparecer ansiedad, estrés, inseguridad, pérdida de autoestima, alteraciones del sueño y síntomas depresivos. También puede producirse disminución de la motivación, absentismo y deterioro de las relaciones laborales. Desde el punto de vista organizativo, el mobbing puede favorecer un ambiente laboral negativo, aumentar los conflictos y repercutir sobre la productividad y la calidad del servicio. La prevención requiere identificar los factores de riesgo psicosocial presentes en cada organización. Entre las medidas preventivas destacan establecer canales de comunicación eficaces, favorecer un liderazgo adecuado, definir claramente las funciones profesionales y promover relaciones laborales basadas en el respeto.

La formación de los trabajadores y responsables resulta igualmente importante para diferenciar un conflicto puntual de una posible situación de acoso. Ante la sospecha de mobbing, deben existir protocolos que permitan comunicar la situación de forma confidencial, valorar los hechos y establecer medidas de protección e intervención. La actuación debe evitar la culpabilización de la persona afectada y garantizar un procedimiento objetivo y respetuoso.

Conclusiones

El mobbing representa un riesgo psicosocial que puede tener consecuencias relevantes para la salud de los trabajadores y para el funcionamiento de las organizaciones. La prevención debe constituir una prioridad, especialmente en entornos profesionales caracterizados por una elevada carga de trabajo y una intensa interacción entre personas.

La detección precoz, la formación y la existencia de protocolos de actuación son herramientas fundamentales. Promover una comunicación adecuada, resolver los conflictos de manera temprana y fomentar una cultura organizativa basada en el respeto permite avanzar hacia entornos laborales más saludables y seguros para profesionales sanitarios y no sanitarios.

Bibliografía

1.Organización Internacional del Trabajo.*Violence and stress*. Ginebra: OIT.

2.European Agency for Safety and Health at Work.*Psychosocial risks and workers' health*. Bilbao:

EU-OSHA.

3.Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.*Boletín Oficial del Estado*. 1995.

4.Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.*Riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: INSST.

5.Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación.*Boletín Oficial del Estado*. 2022.

Prevención de riesgos laborales: identificación y control de riesgos en personal sanitario y

no sanitarioIntroducción

La violencia de género constituye un importante problema social y de salud pública que puede afectar a mujeres de cualquier edad, situación económica o contexto social. Los centros sanitarios representan espacios especialmente relevantes para su detección, ya que muchas mujeres pueden acudir a ellos por lesiones, problemas de salud, ansiedad, alteraciones del sueño u otras consecuencias relacionadas con la violencia.

La identificación de estas situaciones requiere una actuación profesional basada en la escucha, el respeto y la confidencialidad. Tanto el personal sanitario como el no sanitario pueden desempeñar un papel importante, aunque sus funciones y responsabilidades sean diferentes. Una respuesta coordinada permite ofrecer una atención más segura y evitar actuaciones que puedan aumentar el riesgo para la mujer.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre la detección y atención de situaciones de violencia de género en el ámbito sanitario. Se consideraron recomendaciones de organismos oficiales y recursos especializados relacionados con la prevención, detección, atención integral y coordinación profesional, prestando especial atención a la participación del personal sanitario y no sanitario.

Resultados

La revisión destaca la importancia de reconocer posibles señales de violencia. Algunas pueden ser evidentes, como lesiones frecuentes o explicaciones poco coherentes sobre su origen, mientras que otras pueden manifestarse mediante miedo, ansiedad, aislamiento, baja autoestima o cambios de comportamiento.

Sin embargo, ninguna señal aislada confirma por sí misma una situación de violencia, por lo que es necesario actuar con prudencia y evitar juicios.

El personal sanitario puede realizar una valoración adecuada cuando existen indicios, proporcionando atención clínica y activando los procedimientos establecidos. La entrevista debe realizarse, siempre que sea posible y seguro, en un espacio que garantice la privacidad, evitando la presencia de la posible persona agresora.

El personal no sanitario también tiene un papel relevante. Profesionales de recepción, admisión o administración pueden ser las primeras personas con las que la usuaria establece contacto. Una actitud respetuosa, empática y discreta puede facilitar que la mujer se sienta segura para solicitar ayuda. No corresponde a este personal realizar una investigación de los hechos, pero sí reconocer posibles situaciones de alarma y conocer los circuitos internos de comunicación y derivación.

La confidencialidad es especialmente importante. La información relacionada con una posible situación de violencia debe manejarse de acuerdo con los procedimientos establecidos y con la normativa aplicable. También resulta fundamental evitar comentarios, preguntas innecesarias o actitudes que puedan generar culpabilización.

La coordinación entre los distintos profesionales constituye otro elemento esencial. La atención puede requerir la participación de profesionales sanitarios, trabajo social, salud mental y otros recursos especializados. Conocer los protocolos del centro facilita una respuesta organizada y adaptada a las necesidades de cada situación.

La formación continuada del personal sanitario y no sanitario permite mejorar la capacidad para identificar señales de alerta, comunicarse adecuadamente y actuar conforme a sus competencias. Esta preparación debe incluir perspectiva de género, habilidades de comunicación y conocimiento de los recursos disponibles.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta integral y coordinada dentro del entorno sanitario. La detección precoz, la escucha activa, la confidencialidad y la adecuada derivación pueden contribuir a facilitar el acceso de las mujeres a la ayuda que necesitan.

El personal sanitario y no sanitario, desde sus respectivas funciones, forma parte de esta respuesta. Crear espacios seguros, evitar la culpabilización y conocer los procedimientos de actuación favorece una atención profesional y respetuosa. La formación y el trabajo coordinado son herramientas fundamentales para mejorar la prevención y la atención ante estas situaciones.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 2. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Recursos y materiales para la prevención y atención de la violencia de género.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia contra las mujeres y respuesta del sector sanitario.

4. Naciones Unidas. Recursos sobre violencia contra las mujeres y eliminación de la violencia de género.

Trabajo en equipo en el entorno sanitario: coordinación y colaboración entre personal sanitario y no sanitario

Introducción

El trabajo en equipo es un elemento esencial para el funcionamiento eficaz de cualquier organización sanitaria. La atención a los usuarios requiere la participación coordinada de profesionales con diferentes responsabilidades, conocimientos y funciones. Aunque las tareas del personal sanitario y no sanitario son distintas, ambas áreas están relacionadas y contribuyen al funcionamiento global del centro.

Una adecuada colaboración permite mejorar la comunicación, evitar errores, optimizar los recursos y ofrecer una atención más segura y de calidad. Para ello, es necesario fomentar el respeto, la confianza, la responsabilidad compartida y una comunicación clara entre todos los miembros del equipo.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre la importancia del trabajo en equipo en el entorno sanitario, considerando los factores que favorecen la coordinación entre personal sanitario y no sanitario. Se analizaron aspectos relacionados con la comunicación, distribución de funciones, resolución de conflictos, cooperación profesional y participación en la mejora de la calidad asistencial.

Resultados

La revisión muestra que una de las principales claves del trabajo en equipo es establecer una comunicación eficaz. Transmitir la información de forma clara, precisa y respetuosa facilita la coordinación y disminuye el riesgo de malentendidos. En el ámbito sanitario, la información relevante debe llegar a los profesionales correspondientes de manera adecuada y en el momento oportuno.

El personal sanitario desarrolla funciones directamente relacionadas con la atención y cuidados de los pacientes, mientras que el personal no sanitario desempeña tareas administrativas, organizativas, de información y apoyo que

resultan igualmente necesarias. La coordinación entre ambos colectivos facilita aspectos como la gestión de citas, admisión de usuarios, circulación de información y organización de la actividad asistencial.

La distribución adecuada de responsabilidades también es fundamental. Cada profesional debe conocer sus funciones y límites de actuación, evitando duplicidades o tareas que no correspondan a su puesto. Al mismo tiempo, debe existir disposición para colaborar con otros compañeros cuando las circunstancias lo requieran.

Otro aspecto importante es el respeto entre profesionales. Las diferencias de categoría, formación o responsabilidad no deben convertirse en obstáculos para la colaboración. Valorar las aportaciones de cada miembro favorece un clima laboral positivo y aumenta el sentimiento de pertenencia al equipo.

La resolución de conflictos constituye igualmente una competencia necesaria. Las diferencias de opinión pueden aparecer en cualquier organización, pero deben abordarse mediante el diálogo, la escucha activa y la búsqueda de soluciones. Evitar enfrentamientos personales y centrarse en el problema facilita mantener unas relaciones profesionales adecuadas.

Por último, el trabajo en equipo debe orientarse hacia objetivos comunes. La seguridad del paciente, la calidad de la atención, el buen funcionamiento del centro y el bienestar de los profesionales son metas compartidas que requieren la implicación de todos.

Conclusiones

El trabajo en equipo constituye una herramienta fundamental para mejorar la organización y la calidad de los servicios sanitarios. La colaboración entre personal sanitario y no sanitario permite aprovechar las capacidades de cada profesional y facilita una atención más coordinada y segura.

Una comunicación eficaz, el respeto, la definición clara de responsabilidades y la capacidad para resolver conflictos son elementos esenciales para construir equipos cohesionados. Fomentar estos valores contribuye tanto al bienestar laboral como a la satisfacción de los usuarios y al funcionamiento eficiente de la organización.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco y recursos sobre trabajo en equipo y seguridad del paciente.

2. Ministerio de Sanidad. Estrategias y recursos relacionados con la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre organización del trabajo, comunicación y factores psicosociales.

4. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recursos sobre cooperación, organización y relaciones en el entorno laboral.

Mindfulness en el entorno sanitario: bienestar y gestión del estrés para personal sanitario y no sanitario

Introducción

El entorno sanitario puede estar caracterizado por situaciones de elevada exigencia, presión asistencial, contacto continuo con usuarios y necesidad de tomar decisiones de forma rápida. Estas circunstancias pueden generar estrés y afectar al bienestar físico y emocional de los trabajadores. Tanto el personal sanitario como el no sanitario pueden experimentar cansancio, tensión, dificultades de concentración o sensación de sobrecarga.

El mindfulness, entendido como una práctica basada en prestar atención de manera consciente al momento presente, sin juzgar las experiencias, puede constituir una herramienta complementaria para favorecer el bienestar. Su aplicación no pretende eliminar las situaciones estresantes, sino mejorar la forma de afrontarlas y favorecer una respuesta más consciente y equilibrada.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre la aplicación del mindfulness en el ámbito laboral y sanitario, considerando sus posibles beneficios sobre el estrés, la atención, la regulación emocional y el bienestar profesional. Se revisaron recomendaciones y documentación de organismos relacionados con la salud y la promoción del bienestar, prestando especial atención a estrategias sencillas que puedan incorporarse a la actividad cotidiana.

Resultados

La revisión muestra que las prácticas de mindfulness pueden ayudar a desarrollar una mayor conciencia de los pensamientos, emociones y sensaciones que aparecen durante la jornada laboral. Esta capacidad puede resultar especialmente útil ante situaciones de presión, conflictos o acumulación de tareas.

Una de las prácticas más sencillas es la atención consciente a la respiración. Dedicar unos minutos a observar el ritmo respiratorio puede favorecer una pausa mental y ayudar a reducir la tensión. También puede aplicarse durante actividades cotidianas, prestando atención a lo que se está realizando en lugar de actuar de manera automática.

En el personal sanitario, estas estrategias pueden utilizarse antes o después de situaciones especialmente exigentes, favoreciendo una mayor capacidad para reconocer las propias emociones y mantener la concentración. En el personal no sanitario, pueden resultar útiles durante tareas administrativas, atención telefónica, recepción de usuarios o situaciones de comunicación compleja.

Otra aportación importante es el desarrollo de la escucha consciente. Prestar atención a la persona que habla, evitando interrupciones y distracciones innecesarias, puede mejorar la comunicación y favorecer relaciones profesionales más respetuosas.

Para que estas prácticas sean eficaces es recomendable introducirlas de manera progresiva. No es necesario dedicar largos periodos de tiempo; pequeñas pausas conscientes durante la jornada pueden servir como estrategia de autocuidado. También pueden incorporarse programas de formación y actividades grupales dentro de las iniciativas de promoción de la salud laboral.

El mindfulness debe considerarse una herramienta complementaria y no un sustituto de las medidas organizativas destinadas a prevenir los riesgos laborales. La reducción de cargas excesivas, una adecuada organización del trabajo, el descanso y unas condiciones laborales saludables continúan siendo fundamentales para proteger a los trabajadores.

Conclusiones

El mindfulness puede ser una herramienta útil para favorecer el bienestar y mejorar la gestión del estrés en personal sanitario y no sanitario. La atención consciente, la respiración y las pausas breves pueden ayudar a mejorar la concentración, la regulación emocional y la capacidad de afrontar situaciones difíciles.

Su incorporación al entorno laboral debe realizarse de forma voluntaria, progresiva y complementaria a las medidas de prevención de riesgos laborales. Promover hábitos de autocuidado y espacios que favorezcan el bienestar contribuye a crear entornos de trabajo más saludables, equilibrados y humanos.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recursos sobre salud mental y bienestar en el trabajo.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre factores psicosociales y bienestar laboral.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Salud mental y trabajo.

4. Kabat-Zinn J. *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós.

Prevención de riesgos laborales: identificación y control de riesgos en personal sanitario y no sanitario

Introducción

La prevención de riesgos laborales es un elemento esencial para garantizar la seguridad y proteger la salud de las personas trabajadoras. En el entorno sanitario desarrollan su actividad profesionales con funciones muy diferentes, pero todos pueden encontrarse expuestos a situaciones capaces de provocar accidentes, lesiones o problemas de salud relacionados con el trabajo. Por este motivo, la prevención debe implicar tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Los riesgos laborales pueden ser de naturaleza física, biológica, química, ergonómica o psicosocial. Identificarlos correctamente y establecer medidas de control permite reducir su impacto y favorecer un entorno laboral más seguro. Además, una adecuada cultura preventiva contribuye a mejorar la calidad del trabajo, el bienestar de los profesionales y la seguridad de los usuarios.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de los principales riesgos laborales presentes en los centros sanitarios y de las medidas preventivas aplicables al personal sanitario y no sanitario. Se tuvieron en cuenta recomendaciones y documentación de organismos especializados en seguridad y salud laboral, considerando aspectos relacionados con la identificación de peligros, formación, equipos de protección, organización del trabajo y actuación ante accidentes.

Resultados

La revisión evidencia que el personal sanitario puede estar expuesto a riesgos biológicos relacionados con el contacto con sangre, fluidos corporales o agentes infecciosos. La higiene de manos, la utilización adecuada de equipos de protección individual, la correcta eliminación de residuos y el cumplimiento de los protocolos establecidos constituyen medidas fundamentales para reducir estos riesgos.

Los riesgos ergonómicos también tienen una importante presencia. La movilización de pacientes, la manipulación de cargas, los movimientos repetitivos y las posturas mantenidas pueden favorecer la aparición de trastornos musculoesqueléticos. La formación en técnicas de movilización, la adaptación de los puestos y el uso de ayudas técnicas son herramientas importantes para prevenir lesiones.

El personal no sanitario también puede estar expuesto a diferentes riesgos. En los puestos administrativos destacan el trabajo prolongado con pantallas, el sedentarismo, las posturas inadecuadas y los movimientos repetitivos. Además, la atención continuada al público puede generar estrés y situaciones de conflicto, por lo que resulta necesario considerar igualmente los riesgos psicosociales.

En ambos colectivos pueden producirse accidentes relacionados con caídas, golpes, desplazamientos por el centro de trabajo, utilización de equipos o situaciones de emergencia. Mantener los espacios ordenados, identificar las zonas peligrosas, respetar las señalizaciones y comunicar cualquier deficiencia son medidas preventivas sencillas pero eficaces.

La formación y la información de los trabajadores constituyen otro pilar fundamental. Cada profesional debe conocer los riesgos asociados a su puesto y saber cómo prevenirlos y cómo actuar ante un accidente o una situación de peligro. Asimismo, la participación de los trabajadores facilita la detección de problemas y permite introducir mejoras en las condiciones laborales.

Conclusiones

La prevención de riesgos laborales debe integrarse en la actividad diaria de los centros sanitarios y formar parte de la responsabilidad de todo el personal. La identificación de los peligros, la formación, el cumplimiento de los protocolos y la comunicación de las situaciones de riesgo permiten reducir accidentes y proteger la salud.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario contribuyen a crear un entorno laboral seguro. Una adecuada cultura preventiva beneficia a los profesionales, a los usuarios y a la propia organización, favoreciendo un trabajo más saludable, eficiente y seguro.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación y recursos sobre prevención de riesgos laborales y seguridad y salud en el trabajo.

2. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Seguridad y salud en el trabajo.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud y seguridad de los trabajadores sanitarios.

4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Seguridad y salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales.

Acoso laboral en el entorno sanitario: prevención, detección y actuación del personal sanitario y no sanitario

Introducción

El acoso laboral constituye un riesgo psicosocial que puede afectar gravemente al bienestar de los trabajadores y al adecuado funcionamiento de las organizaciones. En el entorno sanitario, donde existe una elevada exigencia profesional, trabajo en equipo y contacto continuo con pacientes y usuarios, resulta especialmente importante favorecer unas relaciones laborales basadas en el respeto y la colaboración.

El acoso laboral puede manifestarse mediante conductas repetidas de humillación, aislamiento, intimidación, descalificación o menosprecio hacia una persona. No debe confundirse con un conflicto laboral puntual, una diferencia de opinión o una situación aislada. La prevención requiere implicar a todo el personal, tanto sanitario como no sanitario, y establecer mecanismos adecuados para detectar y abordar estas situaciones.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre el acoso laboral como riesgo psicosocial, analizando sus principales manifestaciones, factores preventivos y pautas generales de actuación en el entorno sanitario. Se consultaron recursos de organismos especializados en seguridad y salud laboral, prestando especial atención a la prevención, sensibilización, comunicación y actuación ante posibles situaciones de acoso.

Resultados

La revisión evidencia que el acoso laboral puede adoptar diferentes formas. Entre ellas se encuentran la exclusión deliberada de un trabajador, la difusión de rumores, las críticas constantes, la ridiculización, la asignación injustificada de tareas o la obstaculización del desempeño profesional. Cuando estas conductas son reiteradas y generan un entorno hostil o perjudicial, pueden tener importantes consecuencias sobre la salud y el rendimiento.

El personal sanitario puede encontrarse expuesto a estas situaciones dentro de equipos asistenciales, servicios o unidades con una elevada presión laboral. El personal no sanitario también puede sufrirlas en áreas administrativas, de atención al usuario, gestión o apoyo. Por ello, ningún colectivo debe considerarse ajeno a este riesgo.

Entre las principales consecuencias pueden aparecer estrés, ansiedad, pérdida de motivación, dificultades de concentración, alteraciones del sueño y deterioro de las relaciones profesionales. Además, un ambiente laboral negativo puede repercutir sobre la coordinación de los equipos y la calidad del servicio prestado.

La prevención comienza por establecer una cultura organizativa basada en el respeto. Las normas de convivencia profesional deben ser conocidas por todos los trabajadores y debe existir tolerancia cero ante conductas intimidatorias, humillantes o discriminatorias. La formación en habilidades de comunicación, resolución de conflictos y prevención de riesgos psicosociales puede contribuir a reducir estas situaciones.

La detección temprana también resulta fundamental. Cambios importantes en el comportamiento de un trabajador, aislamiento, conflictos repetidos o descenso injustificado del rendimiento pueden constituir señales de alerta, aunque no permitan por sí solos confirmar una situación de acoso.

Ante una posible situación, es importante actuar siguiendo los protocolos establecidos por la organización. La persona afectada debe poder comunicar los hechos a través de canales seguros y confidenciales. Los compañeros y responsables también pueden contribuir evitando normalizar determinadas conductas y facilitando que la situación sea conocida por los responsables correspondientes.

Conclusiones

La prevención del acoso laboral requiere la participación conjunta del personal sanitario y no sanitario. Crear un entorno basado en el respeto, la comunicación y la colaboración permite reducir los riesgos psicosociales y favorecer unas relaciones profesionales saludables.

La formación, la detección precoz y la existencia de procedimientos claros de actuación son herramientas fundamentales. Ante cualquier sospecha, es necesario evitar la culpabilización de la persona afectada y recurrir a los canales establecidos por la organización. Prevenir el acoso laboral no solo protege la salud de los trabajadores, sino que también contribuye a mejorar el clima laboral y la calidad del servicio sanitario.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre riesgos psicosociales y violencia y acoso en el trabajo.

2. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190).

3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Recursos sobre riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo.

4. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Información y recursos relacionados con la prevención de riesgos laborales y los riesgos psicosociales.

Resumen

La seguridad en una organización depende en gran medida de la capacidad para detectar, comunicar y analizar situaciones que puedan generar daños, errores o problemas en el funcionamiento diario.

Cualquier profesional, sanitario o no sanitario, puede identificar una incidencia: una avería, una deficiencia en las instalaciones, un fallo de organización, un problema con un equipo o una situación que pueda afectar a trabajadores o usuarios.

Notificar estas situaciones permite actuar antes de que se conviertan en problemas mayores.

Palabras clave: seguridad; incidencias; prevención; trabajadores; organización; mejora continua.

Introducción

Las incidencias forman parte de cualquier entorno laboral complejo.

Lo importante no es únicamente resolverlas cuando aparecen, sino disponer de mecanismos que permitan identificarlas, comunicarlas y analizar sus causas.

Una cultura de seguridad debe favorecer que los trabajadores puedan comunicar problemas sin miedo y que la organización utilice esa información para mejorar.

Aspectos fundamentales

- Disponer de canales claros para comunicar incidencias.
- Registrar adecuadamente los problemas detectados.
- Actuar con rapidez ante situaciones de riesgo.
- Analizar las causas y no limitarse a solucionar las consecuencias.
- Informar a los trabajadores de las medidas adoptadas.
- Evitar que las mismas incidencias se repitan.
- Promover una cultura orientada a la prevención y la mejora.

Conclusiones

Comunicar una incidencia no debe entenderse como buscar responsables.

Debe servir para detectar fallos, mejorar procedimientos y evitar que un problema vuelva a producirse.

La seguridad es responsabilidad de toda la organización.

GESTIÓN DE RESIDUOS Y RESPONSABILIDAD AMBIENTAL EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Resumen

Los centros sanitarios, sociosanitarios y administrativos generan diariamente diferentes tipos de residuos.

Su correcta separación, almacenamiento y eliminación contribuye a proteger a trabajadores, usuarios y medio ambiente.

La gestión adecuada de los residuos no corresponde únicamente a determinados servicios. Todas las categorías profesionales pueden contribuir mediante prácticas responsables.

Palabras clave: residuos; sostenibilidad; medio ambiente; trabajadores; prevención; gestión.

Introducción

Papel, envases, materiales sanitarios, residuos orgánicos, productos químicos o materiales potencialmente peligrosos requieren formas diferentes de gestión.

Una separación incorrecta puede incrementar riesgos y generar un impacto ambiental innecesario.

Buenas prácticas

- Conocer los diferentes tipos de contenedores existentes.
- Depositar cada residuo en el recipiente correspondiente.
- No mezclar residuos peligrosos con residuos ordinarios.
- Evitar llenar excesivamente los recipientes.
- Comunicar cualquier problema relacionado con su almacenamiento.
- Reducir el consumo innecesario de materiales.
- Favorecer la reutilización cuando sea posible y esté permitida.
- Utilizar responsablemente papel, agua y energía.

Conclusiones

Una gestión adecuada de los residuos forma parte de la responsabilidad colectiva de cualquier centro.

Pequeñas actuaciones realizadas diariamente por todos los trabajadores pueden contribuir a reducir riesgos y mejorar la sostenibilidad.

ACCESIBILIDAD Y ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Resumen

La accesibilidad no depende exclusivamente de la eliminación de barreras arquitectónicas.

También comprende la comunicación, la información, la señalización y la forma en la que los profesionales atienden a personas con diferentes necesidades.

Todos los trabajadores pueden contribuir a conseguir unos servicios más accesibles.

Palabras clave: accesibilidad; discapacidad; inclusión; comunicación; atención; servicios públicos.

Introducción

Las personas pueden presentar dificultades de movilidad, visión, audición, comprensión o comunicación.

En ocasiones, pequeños obstáculos pueden convertirse en importantes barreras para acceder a un servicio.

La atención debe adaptarse a las necesidades de cada persona respetando siempre su autonomía.

Principios de actuación

- Dirigirse directamente a la persona y no únicamente a su acompañante.
- Preguntar antes de prestar ayuda.
- Utilizar lenguaje claro y comprensible.
- Facilitar la orientación dentro de los centros.
- Mantener despejados los itinerarios accesibles.
- Respetar los espacios reservados.
- Facilitar alternativas cuando exista una barrera de comunicación.
- Evitar prejuicios o suposiciones sobre las capacidades de una persona.

Conclusiones

La accesibilidad constituye una responsabilidad compartida.

Un entorno accesible permite que todas las personas puedan utilizar los servicios con mayor autonomía, seguridad e igualdad.

USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS PÚBLICOS EN EL TRABAJO DIARIO

Resumen

Equipos, instalaciones, materiales, suministros y recursos tecnológicos forman parte de los medios necesarios para prestar adecuadamente los servicios públicos.

Su utilización responsable permite reducir desperdicios, prevenir averías y garantizar que los recursos estén disponibles cuando realmente se necesitan.

Palabras clave: recursos públicos; eficiencia; materiales; sostenibilidad; organización; trabajadores.

Introducción

El funcionamiento diario de los centros requiere importantes recursos materiales y económicos.

Un consumo innecesario o una utilización incorrecta puede generar costes adicionales y dificultades organizativas.

La eficiencia no debe significar reducir recursos necesarios, sino utilizarlos correctamente.

Buenas prácticas

- Evitar consumos innecesarios.
- Utilizar correctamente equipos y materiales.
- Comunicar averías o deterioros.
- Evitar acumulaciones injustificadas de material.
- Revisar necesidades antes de solicitar nuevos recursos.
- Apagar equipos cuando no sea necesario mantenerlos encendidos.
- Cuidar los espacios e instalaciones comunes.
- Utilizar los recursos públicos exclusivamente para las funciones correspondientes.
-

Conclusiones

Cuidar los recursos públicos contribuye a mejorar el funcionamiento de los servicios.

La eficiencia debe basarse en una buena organización y en disponer de los medios suficientes para trabajar correctamente.

ORIENTACIÓN Y ACOGIDA DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Resumen

La incorporación a un nuevo puesto de trabajo requiere conocer funciones, procedimientos, instalaciones, riesgos y organización interna.

Una adecuada acogida facilita la adaptación del trabajador, reduce errores y mejora la integración dentro del equipo.

Este proceso resulta importante para cualquier categoría profesional.

Palabras clave: acogida; incorporación; trabajadores; formación; organización; prevención.

Introducción

Comenzar a trabajar en un nuevo servicio puede generar dudas incluso en profesionales con experiencia.

Cada centro tiene procedimientos, circuitos y características propias que deben conocerse desde el inicio.

La incorporación no debería limitarse a indicar al trabajador dónde debe empezar a trabajar.

Una adecuada acogida debería incluir

- Información sobre las funciones del puesto.
- Presentación del equipo y responsables.
- Conocimiento de las instalaciones.
- Información sobre horarios y organización.
- Procedimientos habituales de trabajo.
- Medidas de prevención de riesgos laborales.
- Actuación ante incidencias.
- Información sobre emergencias.
- Acceso a aplicaciones y herramientas necesarias.
- Identificación de una persona de referencia para resolver dudas iniciales.

Conclusiones

Una buena acogida facilita la integración, mejora la seguridad y favorece el funcionamiento del servicio.

Incorporar correctamente a un trabajador también forma parte de una buena organización.

La importancia de la señalización de seguridad en los centros sanitarios: prevenir riesgos mediante una información clara y eficaz

- **Introducción**

Los hospitales, centros de salud y demás instalaciones sanitarias son espacios complejos en los que diariamente circulan profesionales, pacientes, familiares, proveedores y visitantes. En ellos existen zonas con riesgos muy diferentes: áreas radiológicas, laboratorios, almacenes, instalaciones técnicas, zonas de aislamiento, espacios con productos químicos, áreas restringidas o lugares donde temporalmente pueden existir riesgos derivados de trabajos de mantenimiento.

En este contexto, la señalización de seguridad constituye una herramienta preventiva fundamental. Una señal correctamente ubicada puede advertir de un peligro, establecer una prohibición, indicar una obligación o facilitar rápidamente la localización de equipos y salidas de emergencia.

Sin embargo, la señalización únicamente resulta eficaz cuando es comprensible, visible, actualizada y coherente con el riesgo existente. Colocar numerosas

señales sin criterio puede provocar el efecto contrario: que los trabajadores se acostumbren a ellas y dejen de prestarles atención.

La señalización afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario. Todos los profesionales deben conocer su significado y respetar las indicaciones establecidas.

- **¿Qué es la señalización de seguridad?**

La señalización de seguridad y salud en el trabajo proporciona una indicación relacionada con un riesgo mediante señales, colores, símbolos, comunicaciones verbales, señales luminosas o acústicas, entre otros sistemas.

Su finalidad es facilitar que una persona pueda reconocer rápidamente:

- Un peligro.
- Una prohibición.
- Una obligación.
- Una vía de evacuación.
- La ubicación de equipos de emergencia.
- Una situación que requiere especial precaución.

La señalización constituye una medida complementaria de prevención.

- **Señalizar no significa eliminar el riesgo**

Este principio resulta fundamental.

Colocar una señal de advertencia no sustituye la obligación de eliminar o reducir el riesgo cuando sea posible.

Por ejemplo, si existe un pavimento deteriorado, colocar temporalmente una advertencia puede ser necesario, pero la solución definitiva consiste en reparar el desperfecto.

La señalización debe utilizarse cuando los riesgos no puedan evitarse o limitarse suficientemente mediante otras medidas preventivas.

- **Señales de prohibición**

Las señales de prohibición indican comportamientos que pueden generar un peligro.

Habitualmente presentan forma circular y utilizan el rojo como uno de sus colores característicos.

En los centros sanitarios pueden utilizarse para indicar, entre otras cuestiones:

- Prohibición de fumar.
- Acceso prohibido.
- Prohibición de utilizar determinados dispositivos.
- Restricciones específicas de determinadas áreas.

Estas indicaciones deben respetarse incluso cuando aparentemente no exista un peligro inmediato.

- **Señales de obligación**

Indican que debe adoptarse una determinada conducta.

Pueden señalar, por ejemplo, la necesidad de utilizar:

- Guantes.
- Protección ocular.
- Mascarilla u otra protección respiratoria cuando proceda.
- Protección auditiva.
- Ropa específica.

La señal recuerda una medida preventiva establecida a partir de los riesgos existentes.

- **Señales de advertencia**

Su finalidad consiste en llamar la atención sobre la existencia de un peligro.

En un centro sanitario pueden advertir sobre:

- Radiaciones ionizantes.
- Riesgo biológico.
- Riesgo eléctrico.
- Sustancias peligrosas.
- Superficies calientes.
- Otros riesgos específicos.

Reconocer estos símbolos resulta especialmente importante para trabajadores que pueden acceder ocasionalmente a zonas distintas de su puesto habitual.

- **Señales de emergencia**

Las señales relacionadas con salvamento y evacuación permiten identificar rápidamente:

- Salidas de emergencia.
- Recorridos de evacuación.
- Primeros auxilios.
- Duchas de emergencia.
- Lavaojos.
- Otros dispositivos de salvamento.

Su visibilidad debe mantenerse permanentemente.

No deben quedar ocultas por mobiliario, cajas, decoración u otros elementos.

- **Señalización contra incendios**

La rápida localización de los medios de protección contra incendios puede resultar esencial durante una emergencia.

La señalización permite identificar elementos como:

- Extintores.
- Bocas de incendio equipadas.
- Pulsadores de alarma.
- Otros dispositivos de protección.

Los profesionales deben conocer además los procedimientos establecidos por el centro para actuar ante una emergencia.

- **Señalización temporal**

No todos los riesgos son permanentes.

Pueden aparecer situaciones temporales como:

- Suelos mojados.
- Obras.
- Reparaciones.
- Equipos fuera de servicio.
- Accesos temporalmente restringidos.
- Cambios de circulación.

Estas circunstancias requieren una señalización adaptada mientras permanezca el riesgo.

Cuando desaparezca, la señal temporal debería retirarse para evitar generar información innecesaria.

- **Aislamientos y precauciones específicas**

En las áreas asistenciales pueden establecerse indicaciones relacionadas con determinadas medidas de prevención y control de infecciones.

La información debe permitir que los profesionales conozcan las precauciones necesarias antes de acceder o realizar determinadas actuaciones.

La señalización debe respetar en todo momento la confidencialidad del paciente y seguir los procedimientos establecidos por el centro.

- **Personal sanitario**

Los profesionales sanitarios deben prestar atención a la señalización existente en:

- Habitaciones.
- Laboratorios.
- Radiología.
- Quirófanos.
- Áreas técnicas.
- Almacenes.

La familiaridad con el entorno no debe llevar a ignorar las señales.

Si una indicación ha sido colocada, debe conocerse su finalidad y actuar conforme al procedimiento correspondiente.

- **Personal de limpieza**

La señalización resulta especialmente importante para el personal de limpieza porque estos profesionales acceden a numerosas áreas diferentes.

Pueden encontrarse con:

- Riesgos biológicos.
- Productos químicos.
- Áreas restringidas.
- Zonas técnicas.
- Equipamiento específico.

Además, estos trabajadores utilizan frecuentemente señales temporales para advertir de pavimentos mojados u otras circunstancias derivadas de su actividad.

- **Celadores**

Los celadores recorren prácticamente todas las áreas del centro y necesitan reconocer rápidamente restricciones de acceso, circuitos especiales y señales de emergencia.

Durante el traslado de pacientes deben prestar atención también a indicaciones temporales que puedan modificar los recorridos habituales.

- **Mantenimiento**

El personal de mantenimiento puede generar temporalmente riesgos derivados de reparaciones o intervenciones técnicas.

Resulta fundamental señalizar correctamente:

- Zonas de trabajo.
- Equipos fuera de servicio.
- Riesgos eléctricos.
- Accesos restringidos.
- Áreas donde se realizan determinadas intervenciones.

La señalización protege tanto al trabajador que realiza la tarea como a otras personas que circulan por la zona.

- **El problema del exceso de señales**

Más señalización no significa necesariamente mayor seguridad.

Cuando existen demasiados carteles, avisos y mensajes simultáneos puede aparecer una saturación visual.

Las señales verdaderamente importantes pueden pasar inadvertidas entre información secundaria.

Por ello, resulta recomendable revisar periódicamente la señalización y retirar aquella que:

- Ya no sea necesaria.
- Esté duplicada.
- Haya quedado obsoleta.
- No corresponda al riesgo actual.

La señalización debe ser clara y selectiva.

- **Señales deterioradas**

Una señal parcialmente borrada, rota, mal iluminada u oculta pierde gran parte de su utilidad.

Los trabajadores que detecten estas situaciones deberían comunicarlas mediante los canales establecidos.

También debe comprobarse periódicamente que las señales continúan ubicadas en lugares adecuados.

- **Señalización y visitantes**

Los profesionales conocen generalmente mejor el entorno que pacientes y familiares.

Por este motivo, la señalización destinada al público debe ser especialmente sencilla.

Una orientación deficiente puede provocar que visitantes accedan accidentalmente a:

- Zonas restringidas.
- Áreas técnicas.
- Circuitos profesionales.
- Espacios con determinados riesgos.

Una buena señalización también mejora la experiencia de los usuarios.

- **Formación**

No basta con colocar señales.

Los trabajadores deben conocer su significado.

La formación preventiva debería incluir los principales tipos de señalización utilizados en cada puesto y explicar qué conducta se espera ante ellos.

Esto adquiere especial importancia durante la incorporación de nuevos trabajadores o cuando se producen cambios en las instalaciones.

- **Señales acústicas**

La señalización no siempre es visual.

Las señales acústicas pueden utilizarse para comunicar situaciones que requieren atención inmediata.

En estos casos, los trabajadores deben conocer:

- Qué significa cada señal.

- Qué actuación corresponde.
- Qué recorridos deben utilizar.
- Dónde deben dirigirse.

Los simulacros permiten comprobar si estas instrucciones son realmente conocidas.

- **El papel de la organización**

La organización debe garantizar que la señalización:

Sea adecuada al riesgo.

Se encuentre correctamente ubicada.

Sea visible.

Permanezca actualizada.

No genere confusión.

Sea conocida por los trabajadores.

También resulta importante revisar su eficacia cuando cambian instalaciones, circuitos o procedimientos.

- **Beneficios de una señalización adecuada**

Una señalización correctamente diseñada contribuye a:

Advertir riesgos.

Prevenir accidentes.

Mejorar la evacuación.

Facilitar la localización de equipos.

Reducir accesos indebidos.

Mejorar los circuitos.

Facilitar la orientación.

Reforzar las medidas preventivas.

Su eficacia depende de que forme parte de una estrategia preventiva más amplia.

- **Conclusiones**

La señalización de seguridad constituye una herramienta esencial dentro de los centros sanitarios, donde conviven numerosos riesgos y circulan diariamente miles de personas.

Su finalidad es proporcionar información rápida y comprensible que permita identificar peligros, obligaciones, prohibiciones, rutas de evacuación y recursos de emergencia.

Sin embargo, señalizar no sustituye la obligación de eliminar o reducir los riesgos siempre que sea posible.

Además, una señal únicamente resulta útil cuando puede verse, comprenderse y relacionarse claramente con una actuación.

Todo el personal sanitario y no sanitario debe conocer la señalización relacionada con su actividad y comunicar aquellas situaciones en las que se encuentre deteriorada, oculta o desactualizada.

Una buena señalización puede parecer un elemento sencillo, pero en una situación crítica unos segundos de información clara pueden marcar una diferencia importante.

- **Bibliografía**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*.
- Real Decreto 485/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas en materia de señalización de seguridad y salud en el trabajo. *Boletín Oficial del Estado*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Guía técnica sobre señalización de seguridad y salud en el trabajo*. Madrid: INSST.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. *Boletín Oficial del Estado*.
- European Agency for Safety and Health at Work. *Safety and Health at Work*. Bilbao: EU-OSHA.
- International Organization for Standardization. *ISO 7010: Graphical Symbols – Safety Colours and Safety Signs*. Geneva: ISO.
- World Health Organization. *Caring for Those Who Care: Occupational Health and Safety Programmes for Health Workers*. Geneva: WHO; 2022.
- Organización Internacional del Trabajo. *Directrices relativas a los sistemas de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo*. Ginebra: OIT.

La prevención de errores asociados a la falta de descanso: importancia de las pausas durante la jornada en el personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Los centros sanitarios son entornos de trabajo caracterizados por una elevada exigencia física, mental y emocional. Durante una misma jornada pueden acumularse múltiples tareas, interrupciones, desplazamientos, atención a usuarios, utilización de equipos, toma de decisiones y situaciones imprevistas.

En este contexto, las pausas pueden llegar a considerarse una actividad secundaria que debe posponerse cuando existe mucho trabajo. Sin embargo, el descanso durante la jornada no debe interpretarse simplemente como un periodo de inactividad. Desde una perspectiva preventiva, constituye un mecanismo que permite reducir la fatiga y recuperar parcialmente los recursos físicos y cognitivos necesarios para continuar trabajando con seguridad.

El problema afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario. Médicos, enfermeras, TCAE, técnicos superiores sanitarios, fisioterapeutas, celadores, administrativos, limpieza, mantenimiento, cocina, logística y otros profesionales pueden desarrollar actividades que requieren concentración o esfuerzo durante periodos prolongados.

Una adecuada organización de las pausas puede contribuir al bienestar de los trabajadores, pero también a la seguridad del paciente y a la calidad de los servicios.

- **Fatiga durante la jornada**

La fatiga constituye una respuesta normal del organismo ante una actividad prolongada.

Puede presentar componentes:

- Físicos.
- Mentales.

- Visuales.
- Emocionales.

El problema aparece cuando las exigencias continúan aumentando sin que exista suficiente recuperación.

Un profesional fatigado puede experimentar dificultades para mantener la atención, menor capacidad de reacción, irritabilidad o sensación de saturación.

- **Fatiga mental**

Numerosas actividades sanitarias requieren una atención sostenida durante periodos prolongados.

Entre ellas pueden encontrarse:

- Preparación y administración de tratamientos.
- Vigilancia de pacientes.
- Procesamiento de muestras.
- Introducción de datos.
- Gestión de documentación.
- Interpretación de información.
- Control de instalaciones.

Mantener la concentración continuamente consume recursos cognitivos.

Las pausas breves pueden facilitar la recuperación de la atención.

- **Fatiga física**

Muchas categorías profesionales desarrollan trabajos físicamente exigentes.

Por ejemplo:

- Movilización de pacientes.
- Traslado de cargas.
- Desplazamientos continuos.
- Permanencia prolongada de pie.
- Movimientos repetitivos.
- Posturas mantenidas.

La ausencia de recuperación puede favorecer molestias musculoesqueléticas y disminuir progresivamente la capacidad física.

- **Trabajo con pantallas**

El personal administrativo y numerosos profesionales sanitarios utilizan pantallas durante gran parte de su jornada.

La utilización prolongada puede relacionarse con:

- Fatiga visual.
- Molestias oculares.
- Posturas mantenidas.
- Tensión cervical.
- Cansancio mental.

Resulta recomendable alternar actividades siempre que la organización del puesto lo permita y evitar mantener durante periodos excesivamente prolongados una misma postura.

- **Pausas y seguridad del paciente**

La fatiga no afecta únicamente al bienestar del trabajador.

Cuando disminuye la concentración pueden incrementarse determinadas posibilidades de error relacionadas con:

- Identificación.
- Medicación.
- Registro de información.
- Comunicación.
- Realización de procedimientos.

Garantizar una recuperación adecuada de los profesionales forma parte de una estrategia global de seguridad.

- **No esperar al agotamiento**

Un error frecuente consiste en realizar una pausa únicamente cuando la persona ya se encuentra completamente agotada.

Desde el punto de vista preventivo, resulta más adecuado actuar antes de alcanzar niveles elevados de fatiga.

Las pausas breves distribuidas adecuadamente pueden resultar más útiles que continuar trabajando durante periodos excesivamente largos esperando recuperar posteriormente todo el cansancio acumulado.

- **Micropausas**

En determinados trabajos pueden utilizarse pequeñas interrupciones de pocos minutos o incluso segundos para modificar la postura, relajar determinados grupos musculares o apartar temporalmente la vista de una pantalla.

Estas micropausas no sustituyen los descansos establecidos, pero pueden complementar las estrategias preventivas.

Pueden ser especialmente útiles en actividades:

- Repetitivas.
- Sedentarias.
- Con pantallas.
- De elevada concentración.

- **El problema de “no tengo tiempo”**

En servicios sometidos a una elevada presión puede aparecer la percepción de que detenerse unos minutos resulta imposible.

Cuando esta situación ocurre de manera puntual puede estar relacionada con circunstancias excepcionales.

Sin embargo, cuando los trabajadores no pueden realizar habitualmente los descansos correspondientes, resulta necesario analizar la organización del trabajo.

La imposibilidad sistemática de descansar puede ser un indicador de problemas relacionados con cargas de trabajo, distribución de tareas o dimensionamiento de los equipos.

- **Pausas y personal sanitario**

En los puestos asistenciales resulta necesario adaptar los descansos a las necesidades de los pacientes y a la actividad de cada unidad.

Esto requiere coordinación entre profesionales para garantizar que la atención continúe mientras diferentes miembros del equipo realizan sus pausas.

Una correcta planificación permite compatibilizar continuidad asistencial y recuperación profesional.

- **Pausas y personal no sanitario**

El personal no sanitario también necesita una adecuada organización del descanso.

Los celadores pueden realizar numerosos kilómetros durante una jornada.

El personal de limpieza desarrolla una actividad físicamente exigente.

Los administrativos mantienen atención continuada a usuarios y pantallas.

Mantenimiento puede realizar trabajos que requieren precisión y concentración.

Cada puesto presenta necesidades diferentes que deben contemplarse en la evaluación de riesgos.

- **Trabajo nocturno**

La fatiga adquiere especial relevancia durante el trabajo nocturno.

El organismo humano está condicionado por ritmos biológicos que favorecen el descanso durante determinadas horas.

Durante la noche pueden disminuir:

- Estado de alerta.
- Velocidad de reacción.
- Capacidad de concentración.

Por ello, la organización del trabajo nocturno debe prestar especial atención a la prevención de la fatiga.

- **Hidratación y alimentación**

La recuperación durante la jornada también está relacionada con hábitos básicos.

Disponer de oportunidades razonables para hidratarse y alimentarse resulta importante, especialmente en jornadas prolongadas o trabajos físicamente exigentes.

No debería normalizarse que los trabajadores finalicen sistemáticamente su jornada sin haber podido atender necesidades básicas.

- **Descansar no significa falta de compromiso**

En determinados entornos puede existir una cultura en la que realizar una pausa se perciba negativamente cuando otros compañeros continúan trabajando.

Esta percepción puede favorecer que los profesionales renuncien repetidamente a sus descansos.

Una organización saludable debe transmitir que descansar adecuadamente forma parte del trabajo seguro.

El compromiso profesional no debería medirse por la capacidad para soportar jornadas completas sin detenerse.

- **El papel de los responsables**

Los mandos intermedios pueden contribuir mediante:

- Organización adecuada de los descansos.
- Distribución equilibrada de tareas.
- Detección de situaciones de fatiga.
- Rotación de determinadas actividades.
- Evaluación de momentos de máxima carga.

También resulta importante escuchar a los equipos cuando comunican dificultades persistentes para realizar sus pausas.

- **Pausas activas**

En algunos puestos sedentarios puede resultar útil aprovechar determinados descansos para realizar movimientos suaves.

Cambiar de postura, caminar brevemente o movilizar las articulaciones puede ayudar a reducir la sensación de rigidez asociada al trabajo sedentario.

Las recomendaciones deben adaptarse siempre a las características individuales y del puesto.

- **Organización frente a responsabilidad individual**

La prevención de la fatiga no puede depender únicamente del trabajador.

No resulta coherente recomendar descanso cuando la organización del servicio impide sistemáticamente realizarlo.

Las medidas preventivas deben abordar:

- Carga de trabajo.
- Plantillas.
- Turnos.
- Distribución de tareas.
- Interrupciones.
- Organización de descansos.

La prevención eficaz combina responsabilidad individual y actuación organizativa.

- **Beneficios de unas pausas adecuadas**

Una correcta organización de los descansos puede contribuir a:

- Reducir la fatiga.
- Mejorar la concentración.

- Prevenir molestias musculoesqueléticas.
- Disminuir la carga mental.
- Mejorar el bienestar.
- Favorecer la seguridad.
- Mantener el rendimiento.
- Mejorar el clima laboral.

Por tanto, el descanso no debe considerarse tiempo perdido, sino una herramienta preventiva.

- **Conclusiones**

La fatiga constituye un riesgo relevante dentro de los centros sanitarios y puede afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Las jornadas de elevada intensidad, las tareas repetitivas, el trabajo con pantallas, los esfuerzos físicos y la atención continuada pueden reducir progresivamente la capacidad física y mental de los trabajadores.

Las pausas permiten recuperar parcialmente estos recursos y ayudan a mantener la atención necesaria para desarrollar el trabajo con seguridad.

Sin embargo, su efectividad depende de una adecuada organización. Cuando las cargas laborales impiden sistemáticamente descansar, el problema debe analizarse desde una perspectiva preventiva y no asumirse como una característica inevitable del trabajo sanitario.

Cuidar los tiempos de recuperación significa proteger la salud de los profesionales y también la seguridad de las actividades que realizan.

Una organización sanitaria segura no es aquella en la que sus trabajadores consiguen trabajar sin parar, sino aquella que organiza adecuadamente la actividad para que puedan mantener un rendimiento seguro y sostenible durante toda su jornada.

- **Bibliografía**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Carga mental de trabajo*. Madrid: INSST.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Trabajo con pantallas de visualización de datos*. Madrid: INSST.

- World Health Organization. *Caring for Those Who Care: Guide for the Development and Implementation of Occupational Health and Safety Programmes for Health Workers*. Geneva: WHO; 2022.
- European Agency for Safety and Health at Work. *Psychosocial Risks and Mental Health at Work*. Bilbao: EU-OSHA.
- Caruso CC. Negative impacts of shiftwork and long work hours. *Rehabilitation Nursing*. 2014;39(1):16-25.
- National Institute for Occupational Safety and Health. *Training for Nurses on Shift Work and Long Work Hours*. Atlanta: CDC/NIOSH.
- Organización Internacional del Trabajo. *Seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra: OIT.

La resiliencia organizacional en el ámbito sanitario: afrontar el cambio sin perder la calidad asistencial para el personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Las organizaciones sanitarias desarrollan su actividad en un entorno caracterizado por el cambio permanente. El envejecimiento de la población, el aumento de las enfermedades crónicas, la incorporación constante de nuevas tecnologías, la evolución científica, las crisis sanitarias, las limitaciones presupuestarias y la escasez de profesionales obligan a hospitales, centros de salud y dispositivos sociosanitarios a adaptarse de forma continua.

En este contexto, la **resiliencia organizacional** se ha convertido en una competencia estratégica. Más allá de la capacidad de responder a una crisis, una organización resiliente es aquella que anticipa riesgos, aprende de la experiencia, se adapta con rapidez a los cambios y mantiene la calidad asistencial incluso en situaciones de elevada presión.

La resiliencia no depende exclusivamente del liderazgo ni de la capacidad individual de los profesionales. Es el resultado de la interacción entre personas, procesos, cultura organizativa, recursos y sistemas de gestión. Por ello, implica tanto al personal sanitario como al no sanitario: médicos, enfermeras, técnicos superiores sanitarios, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo, celadores, limpieza, mantenimiento, logística, informática, gestión y dirección.

Fomentar organizaciones resilientes no solo mejora la respuesta ante situaciones adversas, sino que fortalece la seguridad del paciente, el bienestar profesional y la sostenibilidad del sistema sanitario.

- **¿Qué es la resiliencia organizacional?**

La resiliencia organizacional puede definirse como la capacidad de una institución para prepararse, responder, recuperarse y evolucionar positivamente tras afrontar situaciones adversas o cambios significativos.

No significa evitar los problemas, sino desarrollar estructuras y comportamientos que permitan mantener el funcionamiento esencial de la organización minimizando el impacto sobre pacientes y profesionales.

En el ámbito sanitario, esta capacidad resulta especialmente importante porque la actividad asistencial no puede detenerse incluso durante emergencias, epidemias, incidentes tecnológicos o crisis organizativas.

Las organizaciones resilientes aprenden continuamente, identifican oportunidades de mejora y transforman las dificultades en procesos de innovación.

- **Factores que desafían la resiliencia**

Los centros sanitarios afrontan diariamente situaciones que ponen a prueba su capacidad de adaptación.

Entre los principales desafíos destacan:

- Incremento de la demanda asistencial.
- Escasez de profesionales.
- Envejecimiento de las plantillas.
- Aparición de nuevas enfermedades.
- Crisis sanitarias y emergencias.
- Cambios tecnológicos rápidos.
- Restricciones presupuestarias.
- Incremento de la complejidad clínica.
- Cambios normativos.
- Necesidad de innovación permanente.

Estos factores obligan a revisar continuamente la organización del trabajo y la utilización de los recursos disponibles.

- **La importancia de una cultura organizativa resiliente**

La resiliencia comienza por la cultura de la organización.

Las instituciones resilientes fomentan valores como:

- Colaboración.
- Transparencia.
- Confianza.
- Aprendizaje continuo.
- Participación.
- Innovación.
- Flexibilidad.
- Comunicación abierta.

Cuando estos principios forman parte de la actividad diaria, resulta más sencillo afrontar situaciones inesperadas sin comprometer la calidad asistencial.

Las organizaciones excesivamente rígidas presentan mayores dificultades para adaptarse a nuevos escenarios.

- **Liderazgo como motor del cambio**

El liderazgo constituye uno de los principales determinantes de la resiliencia.

Los responsables de equipos deben ser capaces de transmitir confianza, facilitar la participación de los profesionales y mantener una comunicación clara incluso en momentos de incertidumbre.

Un liderazgo resiliente se caracteriza por:

- Escuchar activamente.
- Tomar decisiones basadas en evidencia.
- Favorecer el trabajo colaborativo.
- Reconocer el esfuerzo de los profesionales.
- Promover la innovación.
- Facilitar el aprendizaje tras los errores.

El ejemplo de los líderes influye directamente sobre el comportamiento del resto de la organización.

- **El papel del personal sanitario**

Los profesionales sanitarios desarrollan diariamente una importante capacidad de adaptación.

Las variaciones en la situación clínica de los pacientes, los cambios organizativos, la incorporación de nuevas técnicas diagnósticas o terapéuticas y la necesidad de priorizar actuaciones exigen una elevada flexibilidad profesional.

La resiliencia del personal sanitario se fortalece mediante:

- Formación continuada.
- Trabajo en equipo.
- Comunicación efectiva.
- Protocolos actualizados.
- Participación en decisiones.
- Apoyo institucional.

El aprendizaje permanente permite responder con mayor seguridad a nuevos desafíos asistenciales.

- **La aportación del personal no sanitario**

La resiliencia organizacional sería imposible sin la participación activa del personal no sanitario.

Los profesionales administrativos reorganizan circuitos, agendas y procesos documentales cuando cambian las necesidades asistenciales.

Los servicios de mantenimiento garantizan el funcionamiento de infraestructuras críticas incluso durante incidencias técnicas.

Logística adapta el suministro de medicamentos, material sanitario y equipamiento según la evolución de la demanda.

Informática mantiene operativos los sistemas digitales y facilita soluciones tecnológicas ante nuevas necesidades.

Limpieza, cocina, seguridad y otros servicios generales también desempeñan funciones esenciales para garantizar la continuidad asistencial.

La capacidad de adaptación de todos estos profesionales resulta imprescindible para mantener el funcionamiento de la organización.

- **Aprendizaje organizativo**

Una característica esencial de las organizaciones resilientes consiste en aprender de la experiencia.

Cada incidente, dificultad o situación excepcional debe analizarse para identificar oportunidades de mejora.

Este aprendizaje puede lograrse mediante:

- Análisis de incidentes.
- Auditorías internas.
- Evaluación de procesos.
- Reuniones multidisciplinares.
- Programas de mejora continua.
- Formación basada en casos reales.

Las organizaciones que aprenden de forma sistemática reducen la probabilidad de repetir los mismos errores.

- **Comunicación durante el cambio**

La incertidumbre suele aumentar cuando la información resulta insuficiente.

Por ello, durante cualquier proceso de transformación organizativa resulta imprescindible mantener una comunicación transparente y frecuente.

Los profesionales necesitan conocer:

- Motivos del cambio.

- Objetivos perseguidos.
- Calendario de implantación.
- Recursos disponibles.
- Funciones de cada categoría.
- Canales para resolver dudas.

Una comunicación eficaz disminuye la resistencia al cambio y favorece la implicación de los trabajadores.

- **Innovación y adaptación**

La resiliencia está estrechamente relacionada con la capacidad de innovar.

Las organizaciones sanitarias deben incorporar nuevas herramientas, tecnologías y modelos organizativos sin perder de vista la seguridad del paciente.

Entre las principales áreas de innovación destacan:

- Inteligencia artificial.
- Telemedicina.
- Automatización de procesos.
- Gestión digital de la información.
- Analítica de datos.
- Medicina personalizada.

La innovación debe implantarse de forma planificada, evaluando sus beneficios y posibles riesgos.

- **Bienestar profesional y resiliencia**

No es posible construir organizaciones resilientes sin cuidar a quienes trabajan en ellas.

El bienestar físico y emocional de los profesionales favorece:

- Mayor capacidad de adaptación.
- Mejor toma de decisiones.
- Incremento del compromiso.
- Reducción del absentismo.
- Disminución del desgaste profesional.

Las instituciones deben promover políticas de conciliación, apoyo emocional, prevención de riesgos psicosociales y desarrollo profesional continuo.

Cuidar a los trabajadores fortalece la resiliencia colectiva.

- **Seguridad del paciente**

La resiliencia organizacional guarda una estrecha relación con la seguridad del paciente.

Las organizaciones capaces de anticipar riesgos, responder rápidamente y aprender de los incidentes reducen significativamente la aparición de eventos adversos.

La flexibilidad organizativa permite reorganizar recursos sin comprometer la calidad asistencial cuando surgen situaciones inesperadas.

La seguridad debe mantenerse como prioridad incluso durante periodos de elevada presión asistencial.

- **Resiliencia frente a futuras crisis**

Las experiencias recientes han puesto de manifiesto la necesidad de disponer de sistemas sanitarios preparados para responder a situaciones extraordinarias.

La planificación de contingencias, la gestión de recursos estratégicos, la coordinación entre instituciones y la formación continuada constituyen elementos esenciales para afrontar futuras emergencias.

Las organizaciones que desarrollan estas capacidades estarán mejor preparadas para responder a cualquier escenario sin deteriorar la calidad de la asistencia.

- **Conclusiones**

La resiliencia organizacional representa una competencia imprescindible para los sistemas sanitarios del siglo XXI. Su desarrollo permite afrontar cambios, superar crisis y mantener la calidad asistencial en entornos complejos y cambiantes.

Esta capacidad depende del compromiso conjunto del personal sanitario y no sanitario, del liderazgo participativo, de la comunicación eficaz, del aprendizaje continuo y de una cultura organizativa basada en la colaboración y la mejora permanente.

Las organizaciones resilientes no solo sobreviven a las dificultades, sino que utilizan cada experiencia para fortalecerse, innovar y ofrecer una atención más segura, eficiente y centrada en las personas.

Invertir en resiliencia supone preparar hoy a las organizaciones para responder con éxito a los desafíos sanitarios del futuro.

- **Bibliografía**

- Organización Mundial de la Salud. *Health Emergency and Disaster Risk Management Framework*. Ginebra: OMS; 2019.
- World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Geneva: WHO; 2021.
- Hollnagel E, Woods DD, Leveson N. *Resilience Engineering: Concepts and Precepts*. Ashgate Publishing; 2006.
- Wiig S, Fahlbruch B. *Exploring Resilience: A Scientific Journey from Practice to Theory*. Springer; 2019.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Strengthening Health Systems Resilience*. Copenhague.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Framework for Safe, Reliable and Effective Care*. Boston.
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Patient Safety Network*. Rockville.
- Braithwaite J, Wears RL, Hollnagel E. *Resilient Health Care*. CRC Press; 2015.
- Pan American Health Organization. *Health Systems Resilience Toolkit*. Washington DC.

La responsabilidad social en las organizaciones sanitarias: compromiso con la sociedad desde el trabajo del personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

La responsabilidad social constituye un modelo de gestión que integra valores éticos, sociales, económicos y medioambientales en la actividad diaria de las organizaciones. En el ámbito sanitario, este concepto adquiere una especial relevancia, ya que los centros de salud y hospitales no solo prestan asistencia clínica, sino que también desempeñan un papel esencial en la promoción de la salud, la reducción de desigualdades, la protección del medio ambiente y el desarrollo de comunidades más saludables.

Las organizaciones sanitarias mantienen una relación permanente con pacientes, familiares, profesionales, instituciones públicas, asociaciones y ciudadanía. Por ello, sus decisiones tienen un impacto que trasciende la atención

asistencial y alcanza aspectos como la equidad, la transparencia, la sostenibilidad, la innovación, la investigación o las condiciones laborales de sus trabajadores.

La responsabilidad social implica a todo el personal sanitario y no sanitario. Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, técnicos superiores sanitarios, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo, celadores, profesionales de informática, mantenimiento, limpieza, logística, cocina, seguridad y gestión participan diariamente en acciones que contribuyen a generar valor para la sociedad.

Incorporar la responsabilidad social como parte de la cultura organizativa permite fortalecer la confianza de la ciudadanía, mejorar la calidad de los servicios y consolidar instituciones sanitarias más sostenibles y comprometidas con el bienestar colectivo.

- **Concepto de responsabilidad social en el ámbito sanitario**

La responsabilidad social puede definirse como el compromiso voluntario de las organizaciones para desarrollar su actividad de manera ética, transparente y sostenible, considerando el impacto de sus decisiones sobre las personas, la sociedad y el medio ambiente.

En el entorno sanitario, este compromiso supone integrar principios de equidad, respeto, sostenibilidad y mejora continua en todas las actuaciones organizativas.

La responsabilidad social no debe entenderse como una actividad complementaria, sino como una forma de gestionar la organización.

- **Principios fundamentales**

La responsabilidad social sanitaria se sustenta en diversos principios.

Entre los más relevantes destacan:

- Respeto a los derechos de las personas.
- Equidad en el acceso a la asistencia.
- Transparencia institucional.
- Ética profesional.
- Protección del medio ambiente.
- Buen gobierno.
- Participación de los grupos de interés.
- Mejora continua.

Estos principios orientan la actuación diaria de las organizaciones sanitarias.

- **El papel del personal sanitario**

El personal sanitario desarrolla numerosas actuaciones vinculadas a la responsabilidad social.

Entre ellas destacan:

- Atención basada en la dignidad de las personas.
- Promoción de hábitos saludables.
- Educación para la salud.
- Uso racional de los recursos.
- Respeto a la autonomía del paciente.
- Participación en actividades comunitarias.

Su comportamiento profesional contribuye directamente a fortalecer la confianza de la población en el sistema sanitario.

- **La contribución del personal no sanitario**

El personal no sanitario desempeña igualmente un papel esencial en el cumplimiento de los objetivos de responsabilidad social.

El personal administrativo facilita una atención accesible, respetuosa y eficiente.

Los celadores garantizan un trato digno durante los traslados y la movilidad de los pacientes.

Los profesionales de limpieza contribuyen a mantener espacios seguros y saludables.

Los equipos de mantenimiento optimizan el consumo energético y la conservación de las instalaciones.

Logística impulsa una gestión responsable de suministros y materiales.

Informática protege la confidencialidad y seguridad de la información.

Cada una de estas funciones genera un impacto positivo sobre la organización y la sociedad.

- **Responsabilidad social y sostenibilidad**

La sostenibilidad constituye uno de los principales ejes de la responsabilidad social.

Las organizaciones sanitarias pueden impulsar actuaciones relacionadas con:

- Reducción del consumo energético.
- Gestión eficiente del agua.
- Disminución de residuos sanitarios.
- Reciclaje.
- Compras responsables.
- Uso racional del papel.
- Movilidad sostenible.

Estas medidas reducen el impacto ambiental y favorecen un uso más eficiente de los recursos públicos.

- **Compromiso con los profesionales**

La responsabilidad social también implica crear entornos laborales saludables.

Algunas actuaciones prioritarias incluyen:

- Promoción de la salud laboral.
- Prevención de riesgos.
- Igualdad de oportunidades.
- Conciliación de la vida laboral y personal.
- Formación continuada.
- Desarrollo profesional.
- Prevención de la violencia laboral.

El bienestar de los profesionales repercute directamente en la calidad de la asistencia.

- **Relación con la comunidad**

Las organizaciones sanitarias desarrollan múltiples iniciativas dirigidas a mejorar la salud de la población.

Entre ellas destacan:

- Campañas de prevención.
- Programas de promoción de la salud.
- Actividades educativas.
- Colaboración con asociaciones de pacientes.

- Participación en proyectos comunitarios.
- Programas de voluntariado.

Estas actuaciones fortalecen el vínculo entre el sistema sanitario y la sociedad.

- **Ética y buen gobierno**

La responsabilidad social exige que las organizaciones actúen conforme a principios de integridad y transparencia.

Ello implica:

- Gestión responsable de los recursos públicos.
- Rendición de cuentas.
- Prevención de conflictos de interés.
- Cumplimiento normativo.
- Toma de decisiones ética.
- Participación de los profesionales.

El buen gobierno fortalece la credibilidad institucional.

- **Evaluación de la responsabilidad social**

La implantación de políticas de responsabilidad social requiere mecanismos de evaluación.

Algunos indicadores utilizados son:

- Satisfacción de pacientes y profesionales.
- Consumo energético.
- Producción de residuos.
- Formación impartida.
- Accidentes laborales.
- Participación comunitaria.
- Indicadores de igualdad.
- Calidad asistencial.

La evaluación periódica facilita la mejora continua de las organizaciones.

- **Barreras para su desarrollo**

La implantación de estrategias de responsabilidad social puede verse limitada por diferentes factores.

Entre ellos destacan:

- Restricciones presupuestarias.
- Sobrecarga asistencial.
- Escasa cultura organizativa.
- Insuficiente implicación de los profesionales.
- Falta de indicadores específicos.
- Resistencia al cambio.

La superación de estas dificultades requiere liderazgo institucional y compromiso colectivo.

- **Beneficios organizativos**

La responsabilidad social aporta numerosas ventajas:

- Mayor confianza de la ciudadanía.
- Incremento de la satisfacción profesional.
- Mejora de la reputación institucional.
- Uso más eficiente de los recursos.
- Reducción del impacto ambiental.
- Fortalecimiento de la cultura ética.
- Incremento de la calidad asistencial.
- Mayor sostenibilidad organizativa.

Estos beneficios repercuten tanto en la organización como en la población a la que presta servicio.

- **Perspectivas de futuro**

Durante los próximos años, la responsabilidad social ocupará un lugar cada vez más relevante en la planificación estratégica de las organizaciones sanitarias. La incorporación de criterios ambientales, sociales y de buen gobierno, junto con el desarrollo de indicadores de sostenibilidad y transparencia, permitirá evaluar de forma objetiva el impacto de las instituciones sobre la sociedad.

Además, la participación activa de los profesionales y de la ciudadanía favorecerá un modelo sanitario más abierto, responsable y orientado a generar valor social.

- **Conclusiones**

La responsabilidad social representa una oportunidad para fortalecer el compromiso de las organizaciones sanitarias con las personas, los profesionales y el entorno.

Su desarrollo requiere la implicación activa del personal sanitario y no sanitario, el liderazgo de los equipos directivos y la integración de principios éticos, sociales y medioambientales en todas las áreas de gestión.

Las organizaciones que incorporan la responsabilidad social a su estrategia mejoran la calidad asistencial, favorecen el bienestar de sus profesionales, optimizan el uso de los recursos y consolidan la confianza de la ciudadanía.

Avanzar hacia una sanidad socialmente responsable significa construir instituciones más sostenibles, transparentes y comprometidas con la salud y el bienestar de toda la población.

- **Bibliografía**

- Organización Mundial de la Salud. *Health Promotion Glossary of Terms 2021*. Ginebra: OMS; 2021.
- Organización Internacional de Normalización. *ISO 26000: Guidance on Social Responsibility*. ISO; 2010.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. *Framework on Integrated, People-Centred Health Services*. Ginebra: OMS; 2016.
- Comisión Europea. *A Renewed EU Strategy for Corporate Social Responsibility*. Bruselas.
- Global Reporting Initiative. *GRI Standards*. Ámsterdam.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Health at a Glance: Europe*. París: OECD Publishing.
- World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra: OMS; 2021.
- Naciones Unidas. *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. Nueva York; 2015.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Promoción de la Salud en el Lugar de Trabajo*. Madrid.

La gestión del cambio en las organizaciones sanitarias: estrategias para la adaptación del personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

El sistema sanitario evoluciona de forma constante como consecuencia de los avances científicos, la transformación digital, los cambios demográficos, las nuevas demandas sociales y la necesidad de garantizar una atención cada vez más segura, eficiente y sostenible. La incorporación de nuevas tecnologías, la implantación de modelos organizativos innovadores, la actualización permanente de los protocolos asistenciales y la aparición de nuevas profesiones y competencias hacen que el cambio sea una realidad permanente en cualquier organización sanitaria.

Sin embargo, modificar procesos, estructuras o formas de trabajo no resulta sencillo. Todo cambio genera incertidumbre, exige adaptación y puede provocar resistencia entre los profesionales cuando no se gestiona adecuadamente. La experiencia demuestra que muchos proyectos de mejora fracasan no por la calidad de la propuesta, sino por la ausencia de una estrategia eficaz para implicar a las personas durante su implantación.

La gestión del cambio constituye, por tanto, una competencia estratégica para los equipos directivos y para todos los profesionales. No afecta únicamente a quienes ocupan puestos de responsabilidad; también implica a médicos,

enfermeras, técnicos superiores sanitarios, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, trabajadores sociales, personal administrativo, celadores, profesionales de limpieza, mantenimiento, logística, informática y gestión, ya que todos participan activamente en la transformación de las organizaciones.

Gestionar el cambio de forma planificada permite minimizar conflictos, favorecer la adaptación y garantizar que las mejoras implantadas repercutan positivamente sobre la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

- **El cambio como una constante en la sanidad**

Las organizaciones sanitarias se encuentran inmersas en un proceso continuo de transformación.

Entre los principales factores que impulsan estos cambios destacan:

- El envejecimiento de la población.
- El aumento de la cronicidad.
- La aparición de nuevas tecnologías.
- La digitalización de los procesos.
- La incorporación de inteligencia artificial.
- La evolución del conocimiento científico.
- Los cambios legislativos.
- La necesidad de optimizar recursos.

Adaptarse a estas circunstancias resulta imprescindible para mantener la calidad de los servicios sanitarios.

- **¿Qué es la gestión del cambio?**

La gestión del cambio puede definirse como el conjunto de estrategias destinadas a planificar, implantar y consolidar modificaciones organizativas minimizando las dificultades derivadas de la transición.

Su finalidad consiste en facilitar que las personas comprendan el cambio, participen activamente en él y desarrollen nuevas formas de trabajo de manera progresiva.

Una adecuada gestión del cambio combina aspectos técnicos con factores humanos, culturales y organizativos.

- **La resistencia al cambio**

La resistencia al cambio constituye una respuesta natural ante situaciones de incertidumbre.

No siempre representa una actitud negativa; en muchas ocasiones refleja preocupaciones legítimas relacionadas con:

- Falta de información.
- Miedo a perder competencias.
- Incremento de la carga de trabajo.
- Inseguridad sobre el futuro.
- Experiencias negativas previas.
- Escasa participación.

Comprender las causas de esta resistencia permite diseñar estrategias más eficaces para superarla.

- **El liderazgo durante los procesos de cambio**

Los responsables de equipos desempeñan un papel esencial durante cualquier transformación organizativa.

El liderazgo efectivo se caracteriza por:

- Explicar claramente los motivos del cambio.
- Compartir objetivos.
- Escuchar a los profesionales.
- Resolver dudas.
- Favorecer la participación.
- Reconocer los avances.
- Mantener una comunicación continua.

Cuando los líderes transmiten confianza, disminuye la incertidumbre y aumenta el compromiso de los equipos.

- **El papel del personal sanitario**

Los profesionales sanitarios participan diariamente en la implantación de nuevas prácticas clínicas, tecnologías y procedimientos.

Su implicación resulta imprescindible para:

- Revisar protocolos.
- Incorporar evidencia científica.

- Evaluar resultados.
- Detectar incidencias.
- Proponer mejoras.

La experiencia asistencial permite adaptar los cambios a la realidad de cada servicio.

- **La participación del personal no sanitario**

El éxito de cualquier transformación también depende del personal no sanitario.

Los profesionales administrativos adaptan nuevos circuitos de trabajo.

Informática implanta herramientas digitales.

Mantenimiento modifica infraestructuras cuando resulta necesario.

Logística reorganiza procesos de suministro.

Los celadores participan en nuevos circuitos asistenciales y de movilidad.

Limpieza adapta protocolos cuando cambian las necesidades organizativas.

La coordinación entre todas las categorías favorece una implantación más eficaz.

- **Comunicación durante el cambio**

La comunicación constituye uno de los factores que más influyen en el éxito de cualquier proceso de transformación.

Los profesionales necesitan conocer:

- Qué va a cambiar.
- Por qué se realiza el cambio.
- Cómo les afectará.
- Cuándo se implantará.
- Qué recursos estarán disponibles.
- Cómo podrán participar.

La transparencia disminuye rumores y favorece la confianza.

- **Formación como elemento facilitador**

Todo cambio organizativo requiere formación específica.

Los programas formativos deben preparar a los profesionales para utilizar nuevas herramientas, aplicar nuevos procedimientos y desarrollar las competencias necesarias para desempeñar sus funciones con seguridad.

La formación práctica favorece una adaptación más rápida y reduce errores durante la implantación.

- **Participación e implicación**

Los cambios impuestos sin participación suelen generar mayor rechazo.

Por el contrario, implicar a los profesionales desde las fases iniciales permite:

- Detectar dificultades.
- Incorporar sugerencias.
- Aprovechar la experiencia acumulada.
- Incrementar el compromiso.

Las personas aceptan con mayor facilidad aquellos cambios en cuya construcción han participado.

- **Innovación y transformación digital**

La digitalización representa actualmente uno de los principales motores del cambio sanitario.

Historia clínica electrónica, inteligencia artificial, telemedicina, automatización administrativa y análisis masivo de datos están modificando profundamente la organización del trabajo.

Estas herramientas ofrecen importantes oportunidades para mejorar la eficiencia, siempre que su implantación vaya acompañada de planificación, formación y soporte técnico adecuado.

- **Evaluación del cambio**

Todo proceso de transformación debe evaluarse mediante indicadores objetivos.

Entre los aspectos que conviene analizar destacan:

- Cumplimiento de objetivos.
- Calidad asistencial.
- Seguridad del paciente.
- Satisfacción profesional.
- Satisfacción de los pacientes.
- Eficiencia organizativa.

- Incidencias detectadas.

La evaluación permite introducir mejoras y consolidar los cambios implantados.

- **Cultura organizativa**

Las organizaciones más adaptables presentan culturas caracterizadas por:

- Aprendizaje continuo.
- Innovación.
- Colaboración.
- Flexibilidad.
- Comunicación abierta.
- Confianza.

Estas características favorecen una respuesta más rápida ante nuevos desafíos.

- **Beneficios de una adecuada gestión del cambio**

Las organizaciones que gestionan eficazmente los procesos de transformación consiguen:

- Mayor aceptación por parte de los profesionales.
- Menor conflictividad.
- Reducción de errores durante la implantación.
- Mayor rapidez de adaptación.
- Incremento de la innovación.
- Mejor calidad asistencial.
- Mayor eficiencia.
- Mayor satisfacción laboral.

Todo ello repercute directamente sobre la atención prestada a los pacientes.

- **Desafíos futuros**

Los cambios serán cada vez más frecuentes como consecuencia de la evolución tecnológica y científica.

La inteligencia artificial, la automatización, la medicina personalizada y la atención domiciliaria transformarán profundamente la organización sanitaria durante los próximos años.

Las instituciones deberán desarrollar estructuras más flexibles y profesionales preparados para aprender de manera continua.

- **Conclusiones**

La gestión del cambio constituye una competencia estratégica para garantizar la adaptación de las organizaciones sanitarias a un entorno en constante evolución.

Su éxito depende del liderazgo, la comunicación, la formación y la participación activa del personal sanitario y no sanitario.

Las organizaciones que promueven una cultura abierta al aprendizaje y a la innovación consiguen implantar mejoras con mayor eficacia, reducir resistencias y ofrecer una atención más segura, eficiente y centrada en las personas.

Gestionar el cambio no significa únicamente modificar procedimientos; supone acompañar a las personas durante el proceso de transformación para construir organizaciones sanitarias más resilientes y preparadas para afrontar los desafíos del futuro.

- **Bibliografía**

- Kotter JP. *Leading Change*. Harvard Business Review Press; 2012.
- Hiatt JM. *ADKAR: A Model for Change in Business, Government and Our Community*. Prosci; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Ginebra: OMS.
- World Health Organization. *Framework on Integrated People-Centred Health Services*. Geneva.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Science of Improvement: How to Improve*. Boston.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Strengthening Health Systems*. Copenhague.
- Schein EH. *Organizational Culture and Leadership*. 5th ed. Wiley; 2017.
- Burnes B. *Managing Change*. 8th ed. Pearson; 2020.
- Cummings TG, Worley CG. *Organization Development and Change*. 11th ed. Cengage Learning; 2018.

Protección radiológica y seguridad del paciente en la práctica del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear

Resumen

La protección radiológica constituye uno de los pilares fundamentales de la actividad del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN). Este profesional desarrolla su actividad en procedimientos que pueden implicar la utilización de radiaciones ionizantes, tanto en radiodiagnóstico como en medicina nuclear, por lo que debe conocer y aplicar los principios y procedimientos destinados a proteger al paciente, a los profesionales y al público. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la protección radiológica y de la optimización de los procedimientos dentro de las competencias del TSIDMN. Se realizó una revisión narrativa y documental de normativa y bibliografía institucional relacionada con las exposiciones médicas y las funciones profesionales de esta categoría. Los resultados ponen de manifiesto la importancia de la correcta preparación del paciente, el cumplimiento de los protocolos, el control de los equipos, la optimización de parámetros técnicos y la aplicación de medidas específicas durante la manipulación de material radiactivo. Se concluye que el TSIDMN desempeña una función esencial en la cultura de seguridad radiológica y en la obtención de imágenes de calidad suficiente utilizando procedimientos optimizados.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear; protección radiológica; radiodiagnóstico; medicina nuclear; radiaciones ionizantes; seguridad del paciente.

Introducción

Las radiaciones ionizantes constituyen una herramienta fundamental de la medicina moderna. La radiografía convencional, la tomografía computarizada (TC), determinados procedimientos intervencionistas y las técnicas de medicina nuclear permiten obtener información diagnóstica de enorme utilidad.

No obstante, la utilización de estas radiaciones requiere procedimientos dirigidos a controlar la exposición y garantizar que su uso esté adecuadamente justificado y optimizado.

En España, el Real Decreto 601/2019 regula aspectos relacionados con la justificación y optimización de las exposiciones médicas. La protección radiológica no consiste simplemente en reducir la radiación de forma indiscriminada. En el ámbito diagnóstico, la optimización debe permitir obtener la información necesaria para la finalidad médica de la exposición manteniendo las dosis tan bajas como sea razonablemente posible de acuerdo con el objetivo clínico.

Dentro de este contexto, el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear desarrolla una función especialmente relevante. Su perfil profesional incluye la aplicación de procedimientos de protección radiológica, la obtención de imágenes y la verificación de su calidad.

En radiodiagnóstico, el técnico interviene directamente en la colocación del paciente y en la aplicación de los protocolos establecidos. En medicina nuclear participa en procedimientos donde se utilizan radiofármacos y equipos como gammacámaras, SPECT y PET, lo que introduce particularidades relacionadas con fuentes radiactivas no encapsuladas y contaminación.

El objetivo de este trabajo es analizar la contribución del TSIDMN a la protección radiológica y a la seguridad del paciente tanto en radiodiagnóstico como en medicina nuclear.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de normativa española y documentación institucional relacionada con protección radiológica y competencias profesionales.

Se analizaron especialmente el Real Decreto 770/2014, que establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, y el Real Decreto 601/2019 sobre protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas.

La información obtenida se clasificó en cuatro áreas: preparación e identificación del paciente, optimización técnica, protección del profesional y particularidades de la medicina nuclear.

No se utilizaron datos de pacientes ni se realizaron intervenciones experimentales.

Resultados

La revisión identifica la correcta identificación del paciente y de la exploración como uno de los primeros elementos de seguridad. Antes de realizar el

procedimiento debe comprobarse que el paciente y la exploración se corresponden con la solicitud y seguir los protocolos establecidos en la unidad.

En radiodiagnóstico, la optimización está relacionada con la adecuada selección y aplicación de los parámetros técnicos, el posicionamiento correcto y la prevención de repeticiones innecesarias. Una exploración realizada incorrectamente puede necesitar repetirse y producir una exposición adicional evitable.

En TC adquiere especial importancia la utilización de protocolos adaptados a las características de la exploración y del paciente conforme a los procedimientos establecidos.

En medicina nuclear existen características diferenciadas. La utilización de radiofármacos requiere aplicar normas relacionadas con la recepción, almacenamiento, preparación y manipulación segura del material radiactivo, además de procedimientos frente a posibles contaminaciones.

Asimismo, el técnico debe aplicar las medidas de protección correspondientes a su propia exposición profesional y colaborar en el cumplimiento de los programas de garantía de calidad.

Discusión

La protección radiológica debe entenderse como una responsabilidad integrada en todo el procedimiento y no como una actuación aislada.

El TSIDMN ocupa una posición especialmente relevante porque participa directamente en la preparación del paciente, manejo de equipos y obtención de las imágenes. La calidad técnica y la protección radiológica están estrechamente relacionadas: una imagen insuficiente puede obligar a repetir una adquisición.

Las características de la protección varían según la modalidad. En radiología convencional y TC existe una fuente externa de radiación que deja de irradiar cuando finaliza la exposición. En medicina nuclear, por el contrario, el paciente al que se ha administrado un radiofármaco constituye temporalmente una fuente de radiación, lo que exige procedimientos específicos.

Además, no todas las modalidades empleadas por esta categoría utilizan radiaciones ionizantes. La resonancia magnética, por ejemplo, presenta otros riesgos relacionados con el campo magnético, los objetos ferromagnéticos, el ruido o los criógenos. Por ello, el concepto de seguridad profesional del TSIDMN debe abarcar riesgos diferentes según la tecnología empleada.

Conclusiones

La protección radiológica constituye una competencia esencial del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.

La identificación correcta del paciente, la aplicación de los protocolos, la optimización de los parámetros técnicos y la prevención de repeticiones contribuyen a reducir exposiciones innecesarias.

En medicina nuclear deben añadirse procedimientos específicos relacionados con radiofármacos, contaminación y gestión segura del material radiactivo.

La formación continuada y los programas de garantía de calidad son fundamentales para mantener prácticas seguras.

El TSIDMN constituye, por tanto, una figura relevante para compatibilizar la obtención de imágenes diagnósticas de calidad con la seguridad del paciente y del profesional.

Bibliografía

España. (2014). *Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear y se fijan sus enseñanzas mínimas*. Boletín Oficial del Estado, 241.

España. (2019). *Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas*. Boletín Oficial del Estado, 262.

Consejo de Seguridad Nuclear. (s. f.). *Protección radiológica*. CSN.

Humanización y comunicación con el paciente: papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear

Resumen

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN) mantiene un contacto directo con el paciente durante numerosas exploraciones diagnósticas. La calidad de esta relación puede influir tanto en la experiencia del usuario como en el correcto desarrollo de la prueba. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la comunicación, la humanización y la atención al paciente dentro de las funciones del TSIDMN en radiodiagnóstico y medicina nuclear. Se realizó una revisión narrativa de documentación normativa e institucional relacionada con las competencias profesionales y la atención sanitaria. Los resultados muestran que proporcionar información comprensible, preservar la intimidad, favorecer el confort y detectar situaciones de ansiedad son aspectos relevantes de la actividad técnica. Una adecuada comunicación puede favorecer la colaboración del paciente y reducir movimientos que afecten a la calidad de las imágenes. En medicina nuclear adquiere especial importancia informar sobre la duración y características prácticas del procedimiento siguiendo los protocolos establecidos. Se concluye que la competencia técnica del TSIDMN debe complementarse con habilidades comunicativas y de atención centrada en la persona.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear; humanización; comunicación; paciente; diagnóstico por imagen; medicina nuclear.

Introducción

La realización de una exploración diagnóstica puede producir preocupación o incertidumbre. Algunos pacientes desconocen el funcionamiento del equipo, temen sentir dolor o muestran ansiedad ante espacios cerrados, agujas o tiempos prolongados de exploración.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear es uno de los profesionales que permanece en contacto directo con el paciente durante estas situaciones.

El Real Decreto 770/2014 establece entre las competencias de esta categoría asegurar la confortabilidad y seguridad del paciente conforme a los protocolos

de la unidad. La formación del técnico incluye además aspectos relacionados con recepción, identificación, información y asistencia.

La humanización adquiere características diferentes según la modalidad. En radiología convencional puede ser necesario ayudar al paciente a mantener una determinada posición. En TC resulta esencial explicar instrucciones respiratorias. En resonancia magnética debe informarse sobre inmovilidad, ruido y comunicación durante la prueba. En medicina nuclear determinadas exploraciones requieren periodos de espera y adquisiciones prolongadas.

El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de la humanización y comunicación dentro de las competencias profesionales del TSIDMN.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la normativa reguladora del título y documentación relacionada con atención y seguridad del paciente.

La información fue clasificada en cuatro dimensiones: recepción e identificación, comunicación, confort y adaptación a necesidades particulares.

No se realizaron encuestas ni estudios sobre pacientes. Los resultados corresponden al análisis documental efectuado.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que la atención comienza antes de la adquisición de las imágenes. La correcta recepción e identificación del paciente constituye una actuación de seguridad y, simultáneamente, un primer momento de comunicación.

La información debe adaptarse a la exploración y a las competencias profesionales. El técnico puede explicar cómo debe colaborar el paciente, cómo colocarse y qué instrucciones deberá seguir, evitando proporcionar interpretaciones diagnósticas que correspondan al facultativo.

La comunicación resulta especialmente importante cuando es necesaria la inmovilidad. Explicar previamente qué ocurrirá puede favorecer la cooperación y disminuir movimientos.

En resonancia magnética, la ansiedad y la sensación de confinamiento pueden dificultar la exploración. La comunicación previa y durante el procedimiento, de acuerdo con el protocolo, contribuye al acompañamiento del paciente.

En medicina nuclear, algunas pruebas implican administración de radiofármacos, periodos de espera y adquisiciones que pueden prolongarse. Explicar las diferentes fases ayuda al paciente a comprender el proceso.

También se identificó la necesidad de adaptar la atención a personas con movilidad reducida, deterioro sensorial, edad avanzada u otras necesidades particulares.

Discusión

Humanizar la atención no supone sustituir las competencias del médico especialista ni ofrecer información clínica que no corresponda al técnico. Consiste en realizar las propias funciones teniendo en cuenta las necesidades de la persona.

Esta distinción resulta especialmente importante en diagnóstico por imagen. El paciente puede preguntar al técnico si observa alguna anomalía. Aunque el profesional tenga conocimientos anatómicos y técnicos para valorar la calidad de la imagen, la interpretación diagnóstica debe mantenerse dentro de las competencias establecidas.

Una buena comunicación también puede tener consecuencias técnicas. Si el paciente entiende cuándo debe permanecer inmóvil o realizar una apnea, existe mayor probabilidad de obtener una adquisición adecuada.

La humanización y la calidad técnica no son, por tanto, conceptos independientes. Una atención apropiada puede contribuir al correcto desarrollo del procedimiento.

Conclusiones

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear mantiene una relación directa con los pacientes durante numerosas exploraciones.

La comunicación clara y adaptada puede disminuir incertidumbre y favorecer la cooperación.

La protección de la intimidad, el confort y el respeto constituyen elementos esenciales de la calidad asistencial.

El técnico debe proporcionar información relativa al procedimiento dentro de sus competencias, evitando realizar interpretaciones diagnósticas que correspondan a otros profesionales.

La humanización debe considerarse una competencia complementaria a los conocimientos tecnológicos del TSIDMN tanto en diagnóstico por imagen como en medicina nuclear.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2014). *Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear y se fijan sus enseñanzas mínimas*. Boletín Oficial del Estado, 241.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

Calidad de imagen y optimización de procedimientos en el trabajo del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear

Resumen

La calidad de la imagen constituye un elemento fundamental de los procedimientos realizados por el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN). Una imagen técnicamente inadecuada puede dificultar su interpretación y, en determinadas circunstancias, hacer necesaria una nueva adquisición. El objetivo de este trabajo es analizar los principales factores relacionados con la calidad y optimización de las imágenes en radiodiagnóstico y medicina nuclear. Se realizó una revisión documental de normativa y documentación relacionada con las competencias del TSIDMN. Los resultados muestran que la preparación y posicionamiento del paciente, la correcta selección de protocolos, el funcionamiento de los equipos, la prevención de artefactos y el procesamiento de las imágenes influyen en el resultado final. En medicina nuclear deben considerarse además factores como el movimiento, los parámetros de adquisición y las características del radiotrazador y del equipo. Se concluye que el control de calidad constituye una competencia transversal del TSIDMN y debe integrarse en todas las fases del procedimiento.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear; calidad de imagen; optimización; radiodiagnóstico; medicina nuclear; control de calidad.

Introducción

El objetivo de una exploración de imagen no consiste únicamente en producir una imagen visualmente atractiva, sino en obtener información con calidad suficiente para responder a la finalidad diagnóstica del procedimiento.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear participa directamente en la preparación del equipo y del paciente, adquisición, procesamiento y comprobación técnica de las imágenes.

El Real Decreto 770/2014 establece entre sus competencias verificar el funcionamiento de los equipos y la calidad de las imágenes médicas obtenidas siguiendo criterios de control de calidad.

Los factores que determinan la calidad varían entre modalidades. En radiografía intervienen aspectos relacionados con posicionamiento y parámetros de exposición. En TC se añaden parámetros de adquisición y reconstrucción. En RM son importantes las secuencias, las bobinas y la prevención de artefactos.

En medicina nuclear intervienen, entre otros factores, los sistemas de detección, colimadores, ventanas energéticas, movimiento y procesamiento.

El objetivo de este trabajo es analizar la importancia del control de calidad dentro de la práctica profesional del TSIDMN.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de fuentes normativas e institucionales relacionadas con el perfil profesional del TSIDMN, calidad de imagen y optimización.

Los resultados fueron organizados según cuatro etapas del procedimiento: preparación, adquisición, procesamiento y evaluación técnica final.

La metodología empleada no incluye experimentación ni utilización de información clínica identificable.

Resultados

En la fase de preparación, el correcto posicionamiento del paciente aparece como un factor común a numerosas modalidades. Un posicionamiento inadecuado puede dificultar la visualización de las estructuras de interés.

Durante la adquisición resulta fundamental seleccionar y aplicar el protocolo establecido para la exploración. Los parámetros deben adecuarse al procedimiento y características relevantes del paciente conforme a los protocolos de cada unidad.

Los artefactos representan otra causa importante de pérdida de calidad. Pueden originarse por movimiento, objetos externos, problemas técnicos o características propias de cada modalidad.

En medicina nuclear, la calidad depende además del correcto funcionamiento de los sistemas de detección y de parámetros como matriz, ventana energética, colimación y tiempo o cuentas de adquisición según el estudio.

Los equipos híbridos, como SPECT-TC y PET-TC, exigen integrar correctamente información funcional y anatómica.

Finalmente, el técnico debe verificar la calidad técnica de las imágenes antes de finalizar el procedimiento, siguiendo los criterios establecidos.

Discusión

La calidad y la protección del paciente se encuentran estrechamente relacionadas. En modalidades con radiaciones ionizantes, repetir una exploración por un error técnico puede producir una exposición adicional.

No obstante, reducir excesivamente determinados parámetros sin considerar el objetivo diagnóstico también puede disminuir la calidad de la imagen. La

optimización consiste en alcanzar un equilibrio adecuado de acuerdo con el procedimiento y los protocolos.

En medicina nuclear, la situación es igualmente compleja. Las características del radiofármaco, el equipo, la adquisición y el procesamiento condicionan el resultado.

El control de calidad requiere conocimientos técnicos, pero también capacidad para detectar errores antes de que afecten al resultado final. La formación continuada adquiere especial relevancia debido a la rápida evolución de los equipos y técnicas de reconstrucción.

Conclusiones

La calidad de imagen constituye una competencia central del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.

La preparación y posicionamiento del paciente influyen directamente en el resultado de la exploración.

La correcta aplicación de los protocolos y la prevención de artefactos disminuyen la posibilidad de adquisiciones inadecuadas.

El control de calidad debe extenderse al equipamiento, adquisición y procesamiento.

La optimización permite combinar calidad diagnóstica y seguridad, siendo aplicable tanto al radiodiagnóstico como a las técnicas de medicina nuclear.

Bibliografía

España. (2014). *Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear y se fijan sus enseñanzas mínimas*. Boletín Oficial del Estado, 241.

España. (2019). *Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas*. Boletín Oficial del Estado, 262.

International Atomic Energy Agency. (s. f.). *Quality assurance for medical imaging*. IAEA.

Transformación digital, inteligencia artificial y nuevas competencias del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear

Resumen

La digitalización y la incorporación progresiva de herramientas de inteligencia artificial están transformando los servicios de diagnóstico por imagen y medicina nuclear. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN) desarrolla su actividad en un entorno donde los sistemas PACS, RIS, procesamiento digital, equipos híbridos y nuevas herramientas automatizadas adquieren cada vez mayor importancia. El objetivo del presente trabajo es analizar cómo la transformación digital afecta a las competencias de esta categoría profesional. Se realizó una revisión narrativa de documentación normativa y bibliografía relacionada con digitalización e inteligencia artificial en imagen médica. Los resultados indican que estas tecnologías pueden facilitar tareas de adquisición, reconstrucción, procesamiento y control de calidad, pero requieren conocimientos sobre funcionamiento, limitaciones y seguridad de los sistemas. La inteligencia artificial debe entenderse como una herramienta de apoyo y no como sustitución automática de la supervisión profesional. Se concluye que la formación continuada en competencias digitales será esencial para la evolución profesional del TSIDMN.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear; inteligencia artificial; imagen médica; digitalización; PACS; medicina nuclear.

Introducción

La imagen médica ha experimentado una profunda transformación tecnológica. El paso de sistemas analógicos a digitales modificó la adquisición, almacenamiento y distribución de las imágenes y facilitó el desarrollo de sistemas de información especializados.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear trabaja actualmente con entornos como PACS, RIS y diferentes herramientas de procesamiento y reconstrucción.

El Real Decreto 770/2014 ya contempla que los avances tecnológicos y las tecnologías de la información repercuten en los procedimientos de captura, procesamiento, almacenamiento y recuperación de la imagen.

En los últimos años se ha añadido el desarrollo de la inteligencia artificial (IA). Sus aplicaciones potenciales abarcan diferentes fases del proceso de imagen, desde reconstrucción y reducción de ruido hasta análisis automatizado y optimización de flujos de trabajo.

La medicina nuclear también participa en esta transformación. Técnicas PET, SPECT y equipos híbridos generan grandes cantidades de información susceptible de procesamiento avanzado.

El objetivo de este trabajo es analizar las repercusiones de la transformación digital y de la IA sobre el trabajo del TSIDMN.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación normativa y bibliografía institucional y científica sobre digitalización, inteligencia artificial e imagen médica.

El análisis se estructuró en cuatro áreas: gestión digital de imágenes, adquisición y reconstrucción, inteligencia artificial y nuevas necesidades formativas.

No se evaluó ningún algoritmo concreto ni se utilizaron datos de pacientes.

Resultados

La digitalización ha convertido los sistemas informáticos en herramientas esenciales de los servicios de imagen. La integración de los sistemas de información permite gestionar solicitudes, adquisiciones y almacenamiento de estudios.

El estándar DICOM facilita el intercambio y gestión de imágenes médicas entre diferentes dispositivos y sistemas compatibles.

Los avances en procesamiento permiten realizar reconstrucciones y correcciones cada vez más sofisticadas. Esta situación se observa tanto en TC y RM como en PET y SPECT.

La inteligencia artificial presenta aplicaciones potenciales en reconstrucción, reducción de ruido, corrección de movimiento, segmentación y apoyo al análisis de imágenes.

En medicina nuclear se están investigando aplicaciones de IA en diferentes partes del flujo de trabajo, incluyendo reconstrucción y correcciones de las imágenes.

Estos avances requieren que el TSIDMN conozca no solo el manejo operativo de las herramientas, sino también sus limitaciones. Un resultado automatizado puede contener errores y debe integrarse dentro de procedimientos de control de calidad y supervisión profesional.

Discusión

La incorporación de IA no elimina la necesidad del conocimiento técnico. Al contrario, puede aumentar la importancia de comprender cómo se generan y procesan los datos.

El TSIDMN continuará siendo responsable de numerosas actuaciones relacionadas con preparación del paciente, posicionamiento, aplicación de protocolos, adquisición y evaluación de calidad técnica.

La automatización puede modificar determinadas tareas repetitivas, pero introduce otras necesidades, como reconocer resultados anómalos del procesamiento y comprender las limitaciones de las herramientas.

Además, la utilización de grandes cantidades de información médica exige mantener especial atención a la protección de datos y ciberseguridad.

La formación continuada resulta imprescindible porque la velocidad de evolución tecnológica puede superar la actualización de los conocimientos adquiridos durante la formación inicial.

Conclusiones

La transformación digital está modificando de manera significativa el trabajo del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear.

Los sistemas digitales son actualmente fundamentales para la adquisición, procesamiento, almacenamiento y distribución de imágenes.

La inteligencia artificial ofrece nuevas posibilidades en radiodiagnóstico y medicina nuclear, pero también introduce nuevas necesidades de formación y control de calidad.

Las herramientas automatizadas deben utilizarse con conocimiento de sus limitaciones y bajo los procedimientos profesionales correspondientes.

La actualización permanente de competencias digitales será uno de los elementos clave para el futuro profesional del TSIDMN.

Bibliografía

España. (2014). *Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear y se fijan sus enseñanzas mínimas*. Boletín Oficial del Estado, 241.

International Atomic Energy Agency. (2022). *Artificial intelligence for accelerating nuclear applications, science and technology*. IAEA.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Prevención de riesgos laborales y seguridad profesional del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear

Resumen

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear (TSIDMN) desarrolla su actividad en entornos tecnológicamente complejos en los que pueden coexistir riesgos físicos, radiológicos, biológicos, químicos, ergonómicos y psicosociales. El objetivo de este trabajo es identificar los principales riesgos laborales asociados a esta categoría y analizar las medidas preventivas aplicables tanto en diagnóstico por imagen como en medicina nuclear. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación institucional sobre prevención de riesgos y seguridad en instalaciones de imagen médica. Los resultados muestran que los riesgos varían considerablemente según la modalidad. Las radiaciones ionizantes adquieren especial importancia en radiodiagnóstico y medicina nuclear; la resonancia magnética presenta riesgos específicos relacionados con campos magnéticos, objetos ferromagnéticos, ruido y criógenos; mientras que la movilización de pacientes puede generar riesgos ergonómicos en diferentes unidades. Se concluye que la seguridad del TSIDMN requiere formación específica, cumplimiento de protocolos y una cultura preventiva adaptada a cada modalidad.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear; prevención de riesgos laborales; seguridad; radiaciones ionizantes; resonancia magnética; medicina nuclear.

Introducción

Los servicios de diagnóstico por imagen y medicina nuclear presentan características tecnológicas que generan riesgos profesionales específicos.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear puede trabajar con equipos de radiología convencional, TC, RM, gammacámaras, SPECT, PET y sistemas híbridos, además de participar en procedimientos relacionados con radiofármacos.

Por ello, hablar de riesgos laborales del TSIDMN implica analizar diferentes situaciones. En algunos procedimientos existen radiaciones ionizantes; en otros, campos magnéticos intensos; y en prácticamente todos pueden aparecer riesgos derivados de movilización de pacientes, posturas mantenidas o contacto con material biológico.

La prevención requiere identificar los riesgos de cada área y establecer procedimientos específicos.

El objetivo de este trabajo es revisar los principales riesgos profesionales del TSIDMN y las medidas generales para su prevención.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española y documentación técnica de organismos especializados en seguridad y prevención.

Se analizaron fuentes relacionadas con el perfil profesional del TSIDMN, protección radiológica y seguridad en resonancia magnética.

Los riesgos se clasificaron en radiológicos, físicos, biológicos, químicos, ergonómicos y psicosociales.

Resultados

Los riesgos radiológicos constituyen uno de los elementos más característicos de la profesión. En las áreas donde existen radiaciones ionizantes deben aplicarse los procedimientos de protección establecidos y utilizar adecuadamente los sistemas de vigilancia y protección correspondientes.

En medicina nuclear aparece además la posibilidad de contaminación por material radiactivo debido al empleo de fuentes no encapsuladas y radiofármacos. Esto exige procedimientos específicos de manipulación, control y actuación ante incidencias.

La resonancia magnética presenta un perfil de riesgo diferente. Aunque no emplea radiación ionizante, el campo magnético puede provocar la atracción de objetos ferromagnéticos. También deben considerarse el ruido, los campos electromagnéticos y los riesgos asociados a los fluidos criogénicos.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo identifica, entre otros, riesgos relacionados con la proyección de objetos ferromagnéticos, fugas de fluidos criogénicos, ruido y manipulación de pacientes en instalaciones de RM.

Los riesgos ergonómicos se encuentran presentes en diferentes modalidades. El posicionamiento y transferencia de pacientes con movilidad limitada puede producir sobrecarga musculoesquelética si no se utilizan técnicas y ayudas adecuadas.

Finalmente, el contacto frecuente con pacientes implica considerar riesgos biológicos y aplicar las precauciones correspondientes.

Discusión

La diversidad tecnológica constituye una de las características que diferencia al TSIDMN de otras categorías sanitarias. Los riesgos de una sala de TC no son idénticos a los de una RM o una unidad PET.

Por ello, no puede existir una única medida preventiva válida para todas las situaciones. El profesional debe conocer las características de cada instalación y aplicar sus procedimientos específicos.

En resonancia magnética, por ejemplo, el hecho de que no exista radiación ionizante no significa ausencia de riesgos. La entrada de un objeto

ferromagnético en una zona de campo magnético intenso puede ocasionar accidentes graves.

En medicina nuclear, la protección requiere considerar que el material radiactivo puede encontrarse en forma no encapsulada y que el propio paciente puede emitir radiación tras la administración del radiofármaco.

Los riesgos ergonómicos merecen igualmente atención. La tecnología avanzada no elimina la necesidad de ayudar a pacientes con dificultades de movilidad.

La prevención debe basarse, por tanto, en evaluación de riesgos, formación continuada, procedimientos claros y disponibilidad de equipos y recursos adecuados.

Conclusiones

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear está expuesto a riesgos diferentes según la modalidad en la que desempeñe su actividad.

La protección frente a radiaciones ionizantes constituye un elemento fundamental en radiodiagnóstico y medicina nuclear.

La resonancia magnética presenta riesgos específicos relacionados con campos magnéticos, objetos ferromagnéticos, ruido y sistemas criogénicos.

La movilización de pacientes, los riesgos biológicos y determinados factores organizativos también deben formar parte de la prevención.

La formación y el cumplimiento riguroso de los protocolos son esenciales para garantizar la seguridad del TSIDMN, de los pacientes y del resto de profesionales.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

España. (2014). *Real Decreto 770/2014, de 12 de septiembre, por el que se establece el título de Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear y se fijan sus enseñanzas mínimas*. Boletín Oficial del Estado, 241.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2015). *NTP 1063: Imagen mediante Resonancia Magnética (I): técnica, riesgos y medidas preventivas*. INSST.

Confidencialidad y protección de datos en la comunicación interna para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

La comunicación interna es imprescindible para el funcionamiento de cualquier centro sanitario. La coordinación entre unidades, servicios y categorías profesionales permite organizar la asistencia, gestionar recursos, resolver incidencias y garantizar la continuidad del trabajo.

Sin embargo, este intercambio constante de información puede generar riesgos para la confidencialidad cuando se comparten datos personales o sanitarios con más personas de las necesarias, se utilizan canales inadecuados o se realizan comunicaciones en espacios poco seguros.

Este riesgo afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario. Médicos, enfermeras, TCAE, técnicos, celadores, administrativos, personal de limpieza, mantenimiento, seguridad, informática y otros trabajadores participan diariamente en procesos de comunicación que pueden contener información relacionada con pacientes, usuarios o compañeros.

La protección de datos debe integrarse en la comunicación interna mediante un principio básico: cada profesional debe conocer únicamente la información necesaria para desarrollar correctamente sus funciones.

Una comunicación eficaz no requiere difundir indiscriminadamente los datos disponibles. Al contrario, transmitir información de forma selectiva, clara y segura mejora la coordinación y reduce el riesgo de vulneraciones de privacidad.

- **Metodología**

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión narrativa de los principios generales relacionados con protección de datos, confidencialidad, seguridad de la información y comunicación profesional en el ámbito sanitario.

Se tomaron como referencia el Reglamento General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

La información se estructuró desde una perspectiva transversal, abordando situaciones comunes a personal sanitario y no sanitario: transmisión verbal de información, correos internos, reuniones, cambios de turno, llamadas, mensajería, tablones, listados y comunicación de incidencias.

- **Resultados**

    - **Principio de necesidad**

Antes de compartir cualquier información, el trabajador debe valorar si el destinatario necesita realmente conocerla.

No todas las categorías profesionales precisan acceder a los mismos datos.

Un administrativo puede necesitar información para gestionar una cita; un celador puede requerir conocer determinadas precauciones durante un traslado; mantenimiento puede necesitar datos sobre una incidencia técnica.

En ninguno de estos casos resulta necesario facilitar información clínica adicional si no tiene utilidad para la tarea.

- **Comunicación verbal entre trabajadores**

Las conversaciones profesionales deben realizarse con discreción.

Los pasillos, ascensores, cafeterías, vestuarios y zonas comunes no son lugares adecuados para hablar sobre pacientes o situaciones personales.

Aunque la conversación tenga lugar entre compañeros, puede ser escuchada por otras personas.

También debe evitarse mencionar nombres, diagnósticos o circunstancias sensibles cuando no sean imprescindibles para comprender la información.

- **Cambios de turno**

Los cambios de turno requieren transmitir información para garantizar la continuidad de la actividad.

Debe compartirse aquello que resulte relevante para la atención, seguridad u organización del trabajo.

Sin embargo, no deben incluirse comentarios personales, valoraciones innecesarias o datos que no tengan relación con las tareas pendientes.

Cuando sea posible, estas comunicaciones deben realizarse en espacios donde otras personas no puedan escucharlas.

- **Correo electrónico interno**

El correo corporativo puede ser una herramienta adecuada para transmitir información, pero debe utilizarse con prudencia.

Antes de enviar un mensaje debe comprobarse que los destinatarios son correctos y que todos necesitan recibirlo.

Debe evitarse utilizar listas de distribución amplias de forma automática.

También es importante revisar los documentos adjuntos y eliminar información innecesaria antes de enviarlos.

- **Mensajería profesional**

Las aplicaciones de comunicación interna deben utilizarse únicamente cuando estén autorizadas por la organización.

No deben utilizarse grupos personales o sistemas de mensajería particulares para transmitir información sanitaria confidencial.

Incluso dentro de grupos profesionales debe comprobarse que todas las personas participantes necesitan conocer los datos.

La rapidez de la herramienta no debe sustituir a la protección de la información.

- **Llamadas internas**

Las llamadas entre unidades o servicios también deben realizarse con discreción.

Antes de proporcionar información sensible conviene comprobar que se está hablando con la persona o servicio adecuado.

No deben transmitirse datos personales innecesarios cuando basta con comunicar una instrucción o necesidad concreta.

Además, el volumen de voz debe ajustarse para evitar que otras personas presentes escuchen la conversación.

- **Reuniones de equipo**

Las reuniones profesionales pueden implicar el análisis de casos, incidencias o problemas organizativos.

Debe limitarse la participación a las personas necesarias y utilizarse únicamente la información relevante.

Cuando sea posible, pueden emplearse datos anonimizados para analizar situaciones con finalidad formativa o de mejora.

Al finalizar la reunión deben retirarse documentos, cerrar presentaciones y borrar pizarras que contengan información identificativa.

- **Tablones y espacios visibles**

Los tablones, pizarras y paneles internos pueden ser útiles para organizar tareas, pero deben diseñarse teniendo en cuenta la privacidad.

No deben incluirse diagnósticos, tratamientos u otros datos sensibles si pueden ser vistos por personas no autorizadas.

Siempre que sea posible deben utilizarse códigos, referencias internas o información mínima.

También debe revisarse periódicamente su contenido para retirar información que ya no resulte necesaria.

- **Comunicación de incidencias**

Los accidentes, errores o problemas organizativos deben comunicarse a través de los canales establecidos.

No deben convertirse en temas de conversación general entre trabajadores.

Los informes de incidencias deben incluir únicamente los datos necesarios para analizar lo ocurrido.

La identidad de pacientes y trabajadores no debe difundirse más allá de quienes necesiten conocerla para investigar o resolver la situación.

- **Información sobre compañeros**

La confidencialidad también protege a los propios profesionales.

Las bajas laborales, problemas de salud, circunstancias familiares o situaciones personales de un trabajador no deben comentarse indiscriminadamente dentro del centro.

Que la información sea conocida por algunos compañeros no significa que pueda difundirse al resto de la plantilla.

Debe respetarse el mismo principio de necesidad aplicado a los datos de los pacientes.

- **Comunicación entre servicios**

Cuando dos unidades necesitan coordinarse, debe facilitarse únicamente la información necesaria para realizar la tarea.

Una derivación, traslado, reparación o gestión administrativa puede resolverse muchas veces sin compartir detalles clínicos.

Reducir la cantidad de información transmitida disminuye el riesgo de errores y facilita una comunicación más clara.

- **Personal externo**

En algunas comunicaciones pueden participar empresas externas, proveedores o técnicos.

Estos profesionales deben recibir únicamente los datos imprescindibles para desarrollar el servicio contratado.

No debe incluirse información sobre pacientes cuando pueda resolverse la incidencia mediante referencias técnicas o logísticas.

- **Corrección de errores**

Si se envía información a una persona equivocada, se comparte un documento incorrecto o se detecta una divulgación accidental, debe comunicarse inmediatamente.

La rapidez permite limitar posibles consecuencias.

Ocultar un error o confiar en que no tendrá repercusiones puede aumentar el riesgo.

- **Formación transversal**

Todo el personal debe recibir formación sobre comunicación segura.

No basta con enseñar a proteger historias clínicas o contraseñas.

También es necesario abordar situaciones cotidianas: conversaciones, reuniones, correos internos, llamadas, cambios de turno, tablones y grupos profesionales.

Una formación común permite establecer criterios homogéneos entre categorías.

- **Conclusión**

La comunicación interna es indispensable para el funcionamiento de los centros sanitarios, pero debe desarrollarse respetando la confidencialidad.

Personal sanitario y no sanitario debe compartir únicamente la información necesaria, utilizar canales autorizados y evitar conversaciones sensibles en lugares inadecuados.

Correos, reuniones, llamadas, cambios de turno y herramientas digitales deben gestionarse aplicando siempre el principio de minimización.

También debe protegerse la información relativa a los propios trabajadores.

La confidencialidad no dificulta la coordinación profesional; contribuye a que la información llegue únicamente a quien la necesita y reduce errores y exposiciones innecesarias.

Fomentar una cultura transversal de comunicación segura permite mejorar simultáneamente la organización, la protección de datos y la confianza dentro de los centros sanitarios.

- **Bibliografía**

- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales**.
- España. **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.
- España. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.

- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para profesionales del sector sanitario**. Madrid: AEPD.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Recomendaciones sobre seguridad y protección de datos en el ámbito laboral**. Madrid: AEPD.

Confidencialidad y protección de datos en docencia, formación e investigación sanitaria para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Los centros sanitarios no desarrollan únicamente actividades asistenciales. También constituyen espacios de formación, docencia e investigación en los que participan estudiantes, profesionales en formación, investigadores y trabajadores de distintas categorías. Estas actividades pueden requerir el acceso a información clínica, imágenes, resultados de pruebas, historias de pacientes o documentación administrativa.

El uso de datos sanitarios con fines docentes o científicos puede aportar importantes beneficios para la mejora de la asistencia y el avance del conocimiento. Sin embargo, debe realizarse respetando en todo momento la intimidad, dignidad y confidencialidad de las personas atendidas.

La presencia de estudiantes en consultas, habitaciones o procedimientos, la utilización de casos clínicos en sesiones, la elaboración de trabajos académicos o la preparación de comunicaciones científicas son situaciones habituales que requieren especial prudencia.

La protección de la información afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario. Administrativos, técnicos, personal informático, celadores u otros trabajadores pueden colaborar en proyectos, gestionar documentación o acceder incidentalmente a datos utilizados con fines docentes o investigadores.

La finalidad formativa o científica no autoriza a utilizar libremente información identificable. Siempre debe aplicarse el principio de necesidad y utilizar únicamente los datos imprescindibles para alcanzar el objetivo previsto.

- **Metodología**

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión narrativa de los principios relacionados con protección de datos personales, confidencialidad, documentación clínica, investigación sanitaria y utilización de información con fines docentes.

Se tomaron como referencia el Reglamento General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, la Ley 41/2002 sobre autonomía del paciente y la Ley 14/2007 de Investigación Biomédica.

La información se estructuró en torno a los principales ámbitos de riesgo: utilización de casos clínicos, presencia de estudiantes, investigación con datos de salud, anonimización, fotografías e imágenes, almacenamiento de información y difusión de resultados.

- **Resultados**

    - **Utilización de casos clínicos en docencia**

Los casos clínicos constituyen una herramienta habitual para la formación de profesionales.

Cuando se utilizan en sesiones, cursos, comunicaciones o actividades docentes debe evitarse incluir información que permita identificar innecesariamente al paciente.

Datos como nombre, número de historia clínica, domicilio, teléfono o documento de identidad no deben incorporarse a presentaciones o materiales formativos

salvo que exista una justificación específica y se cumplan los requisitos establecidos.

Incluso cuando se elimina el nombre, debe prestarse atención a otros datos que, combinados, puedan permitir identificar a una persona.

- **Anonimización de la información**

Siempre que la finalidad docente o investigadora pueda cumplirse sin identificar al paciente, debe utilizarse información anonimizada.

Anonimizar significa eliminar o modificar los elementos que permitan relacionar los datos con una persona concreta de forma razonablemente irreversible.

No debe confundirse anonimización con simplemente ocultar el nombre.

Una fotografía, una fecha exacta, una profesión poco frecuente, una localidad pequeña o una circunstancia clínica extraordinaria pueden permitir identificar indirectamente a un paciente.

- **Presencia de estudiantes**

Los centros sanitarios reciben estudiantes de diferentes titulaciones y categorías profesionales.

Su presencia debe organizarse respetando la intimidad de los pacientes.

La persona atendida debe conocer, cuando proceda, que participan estudiantes en su atención o formación y deben respetarse las normas establecidas sobre su presencia.

El estudiante está igualmente obligado a mantener la confidencialidad respecto de cualquier información conocida durante sus prácticas.

No debe comentar casos con amigos, familiares ni publicar información relacionada con pacientes en redes sociales.

- **Sesiones clínicas y reuniones**

Las sesiones clínicas pueden requerir compartir información entre profesionales con fines de aprendizaje o coordinación.

Estas reuniones deben realizarse en espacios adecuados y con participación de personas que tengan una finalidad profesional legítima.

Las pantallas, presentaciones y documentos utilizados no deben quedar posteriormente visibles o accesibles a terceros.

Cuando la identificación del paciente no resulte necesaria, debe reducirse al máximo la cantidad de datos personales mostrados.

- **Fotografías e imágenes clínicas**

Las fotografías, vídeos, radiografías y otras imágenes pueden resultar de gran utilidad en docencia e investigación, pero también pueden permitir identificar al paciente.

No deben realizarse fotografías clínicas con teléfonos personales como método habitual de registro.

Cuando sea necesario obtener imágenes, deben utilizarse los procedimientos y dispositivos autorizados.

Las imágenes destinadas a publicaciones, congresos o materiales docentes deben tratarse de forma que se proteja la identidad de la persona y se cumplan los requisitos éticos y legales correspondientes.

- **Investigación con datos de salud**

Los datos relacionados con la salud requieren garantías especiales cuando se utilizan en investigación.

El acceso debe limitarse a las personas autorizadas dentro del proyecto y únicamente a los datos necesarios.

Los proyectos deben cumplir los procedimientos de autorización, evaluación ética y protección de datos que correspondan.

No debe utilizarse una base de datos clínica para realizar un estudio por iniciativa particular sin seguir los canales establecidos.

- **Bases de datos de investigación**

Cuando se crean bases de datos para investigación, debe evitarse incluir identificadores directos salvo que sean imprescindibles.

Los datos identificativos y la información científica pueden mantenerse separados mediante códigos cuando proceda.

Los archivos deben almacenarse exclusivamente en sistemas autorizados y protegidos.

No deben conservarse copias en ordenadores personales, memorias USB particulares o servicios de almacenamiento no autorizados.

- **Presentaciones en congresos**

Las comunicaciones, pósteres y presentaciones científicas pueden difundirse fuera del entorno habitual del centro.

Por ello, antes de utilizar un caso debe revisarse cuidadosamente que no existan elementos identificativos innecesarios.

Debe evitarse incorporar fotografías de pulseras, etiquetas, pantallas, informes o documentos donde aparezcan datos personales.

También debe revisarse la información incluida en gráficos, tablas o capturas de aplicaciones.

- **Trabajos académicos**

Los profesionales y estudiantes pueden realizar trabajos de fin de grado, fin de máster, tesis o cursos de formación.

La finalidad académica no autoriza a extraer libremente información de las historias clínicas.

Cuando sea necesario utilizar datos reales, deben seguirse los procedimientos establecidos y las autorizaciones correspondientes.

Siempre que sea posible, los trabajos deben utilizar información anonimizada o agregada.

- **Información en publicaciones y redes profesionales**

Una vez publicado un artículo, póster o presentación en internet, su difusión puede ser muy amplia y difícil de controlar.

Por ello, la protección de la identidad debe revisarse antes de la publicación y no después.

Las redes sociales profesionales tampoco deben utilizarse para compartir casos clínicos identificables.

Aunque se pretenda debatir una situación con fines formativos, el deber de confidencialidad sigue siendo aplicable.

- **Papel del personal no sanitario**

El personal administrativo puede gestionar documentación de proyectos, mientras que informática puede intervenir en bases de datos y otros trabajadores pueden colaborar en tareas logísticas.

Todos deben respetar el mismo nivel de confidencialidad.

El acceso técnico o administrativo a datos de investigación no autoriza a utilizarlos para otras finalidades.

Los permisos deben ajustarse a las funciones concretas de cada trabajador.

- **Conservación y destrucción de información**

Los datos utilizados en investigación o docencia no deben conservarse indefinidamente sin una finalidad justificada.

Una vez finalizado el proyecto, deben aplicarse los periodos y procedimientos de conservación previstos.

Las copias que ya no sean necesarias deben eliminarse de forma segura.

Los documentos en papel deben destruirse mediante sistemas de documentación confidencial y los archivos digitales mediante procedimientos que impidan accesos posteriores no autorizados.

- **Conclusión**

La docencia y la investigación son esenciales para mejorar la calidad de los servicios sanitarios, pero deben desarrollarse respetando plenamente la privacidad de los pacientes.

Personal sanitario y no sanitario debe utilizar únicamente la información necesaria, limitar los accesos, aplicar técnicas de anonimización cuando sea posible y emplear exclusivamente sistemas autorizados para almacenar y transmitir datos.

Especial atención requieren las fotografías, presentaciones científicas, trabajos académicos y publicaciones digitales, ya que pueden difundirse fuera del entorno sanitario y hacer prácticamente imposible recuperar la información una vez divulgada.

La finalidad educativa o científica no elimina el deber de confidencialidad.

Integrar la protección de datos desde el diseño de cualquier actividad docente o investigadora permite compatibilizar el avance del conocimiento con el respeto a los derechos, la intimidad y la dignidad de las personas atendidas.

- **Bibliografía**

- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales**.
- España. **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**. *Boletín Oficial del Estado*.
- España. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.
- España. **Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica**.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para profesionales del sector sanitario**. Madrid: AEPD.

Confidencialidad y protección de datos ante el uso de inteligencia artificial y nuevas tecnologías para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

La incorporación de nuevas tecnologías en los centros sanitarios está modificando progresivamente la forma de trabajar de todas las categorías profesionales. Sistemas de inteligencia artificial, herramientas de transcripción, asistentes digitales, aplicaciones de gestión, plataformas colaborativas y programas capaces de resumir o analizar documentos ofrecen nuevas posibilidades para mejorar la eficiencia y reducir determinadas cargas administrativas.

Sin embargo, la utilización de estas herramientas también puede generar riesgos para la confidencialidad y la protección de datos. Introducir información sobre un paciente en una aplicación no autorizada, copiar fragmentos de una historia clínica en una herramienta externa, utilizar datos reales para solicitar la elaboración de un documento o cargar archivos en plataformas desconocidas puede provocar que información especialmente sensible salga de los sistemas controlados por la organización.

Estos riesgos no afectan únicamente al personal sanitario. Administrativos, técnicos, celadores, personal de gestión, informática, mantenimiento y otros trabajadores pueden utilizar herramientas digitales para redactar textos, organizar información, resolver consultas o automatizar tareas.

La facilidad de uso de estas tecnologías no debe hacer olvidar que los datos relativos a la salud requieren una protección especialmente rigurosa. Antes de

utilizar cualquier herramienta tecnológica debe valorarse si está autorizada, qué información se introduce y si realmente es necesario utilizar datos personales.

- **Metodología**

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión narrativa de los principios generales de protección de datos, confidencialidad y seguridad de la información aplicables al tratamiento de información sanitaria mediante nuevas tecnologías.

Se tomaron como referencia el Reglamento General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

La información se estructuró desde una perspectiva transversal, analizando riesgos comunes relacionados con herramientas de inteligencia artificial, sistemas externos, anonimización, dispositivos personales, automatización de tareas, revisión humana y comunicación de incidencias.

- **Resultados**

  - **Uso únicamente de herramientas autorizadas**

La primera medida preventiva consiste en utilizar exclusivamente aplicaciones y sistemas autorizados por la organización.

Que una herramienta sea gratuita, popular o fácilmente accesible desde internet no significa que pueda utilizarse para tratar información sanitaria.

Antes de introducir datos relacionados con pacientes, trabajadores o usuarios debe comprobarse que el sistema cumple los requisitos establecidos por el centro.

Cuando exista duda, debe consultarse con los responsables correspondientes antes de utilizarlo.

  - **No introducir datos identificativos innecesarios**

Una herramienta tecnológica puede ser útil sin necesidad de incluir nombres, números de historia clínica, DNI, teléfonos, direcciones u otros datos identificativos.

Siempre que sea posible, deben utilizarse ejemplos ficticios, datos anonimizados o información genérica.

Por ejemplo, para elaborar un esquema, mejorar una redacción o preparar material formativo generalmente no resulta necesario introducir información real de un paciente.

Reducir la cantidad de datos utilizados disminuye considerablemente el riesgo.

- **Inteligencia artificial generativa**

Las herramientas capaces de generar textos, resumir documentos o responder preguntas pueden resultar útiles para determinadas tareas profesionales.

Sin embargo, no deben utilizarse introduciendo historias clínicas completas, informes identificados, resultados de pruebas o datos personales cuando la plataforma no esté específicamente autorizada para ello.

Copiar y pegar información desde un sistema clínico hacia una aplicación externa puede constituir una salida de datos fuera del entorno controlado.

La utilidad de la herramienta nunca debe prevalecer sobre la obligación de confidencialidad.

- **Anonimización de casos**

Cuando se utilicen casos para formación, docencia o elaboración de materiales, eliminar únicamente el nombre puede no ser suficiente.

La combinación de edad, localidad, profesión, diagnóstico poco frecuente, fecha concreta o circunstancias personales puede permitir identificar indirectamente a una persona.

Por ello, deben eliminarse o modificar también aquellos detalles que no sean necesarios para la finalidad prevista.

La anonimización debe reducir razonablemente la posibilidad de reidentificación.

- **Automatización de tareas administrativas**

Las nuevas tecnologías pueden utilizarse para clasificar documentos, organizar citas, preparar comunicaciones o gestionar información.

Estas aplicaciones también deben respetar los mismos principios de protección de datos.

El personal administrativo y de gestión debe comprobar que los sistemas utilizados sean corporativos o hayan sido previamente autorizados.

La automatización no elimina la responsabilidad de revisar que la información se dirige al destinatario correcto.

- **Revisión humana**

Los sistemas automatizados pueden cometer errores, interpretar incorrectamente información o generar contenidos inexactos.

Por ello, cualquier resultado utilizado en una actividad profesional debe ser revisado por una persona competente.

No debe asumirse que una recomendación, resumen o texto generado automáticamente es correcto únicamente porque haya sido elaborado por un sistema tecnológico.

La revisión resulta especialmente importante cuando la información puede afectar a la atención, organización o derechos de una persona.

- **Fotografías y reconocimiento de texto**

Algunas aplicaciones permiten fotografiar documentos y convertir automáticamente su contenido en texto.

Esta función puede resultar práctica, pero supone introducir una imagen que puede contener nombres, diagnósticos, códigos, firmas u otros datos confidenciales.

No deben utilizarse teléfonos personales o aplicaciones externas para digitalizar documentación sanitaria salvo que estén autorizados.

Las fotografías pueden además quedar almacenadas automáticamente en el dispositivo o en servicios externos.

- **Grabación y transcripción de conversaciones**

Las herramientas de transcripción automática permiten convertir reuniones o conversaciones en documentos escritos.

Antes de utilizarlas debe comprobarse que están autorizadas y valorar qué tipo de información va a registrarse.

No debe grabarse una conversación clínica o profesional con datos personales mediante aplicaciones particulares por simple comodidad.

Además, debe tenerse en cuenta que una transcripción genera una nueva copia de información que también deberá protegerse.

- **Utilización por personal no sanitario**

Los riesgos tecnológicos afectan también a quienes no intervienen directamente en la asistencia.

Un administrativo puede utilizar una herramienta para redactar una comunicación; mantenimiento puede emplear aplicaciones para documentar incidencias; personal de gestión puede elaborar informes y otros trabajadores pueden recurrir a sistemas digitales para organizar tareas.

En todos estos casos debe evitarse incorporar datos personales innecesarios.

La protección de la información debe formar parte del uso tecnológico de cualquier categoría profesional.

- **Datos de compañeros y trabajadores**

Las mismas precauciones deben aplicarse a la información relativa a los propios profesionales.

No deben introducirse en herramientas externas datos sobre bajas laborales, situaciones personales, evaluaciones, incidencias o información de salud de trabajadores si no existe autorización.

La confidencialidad protege tanto a pacientes como a empleados.

- **Almacenamiento automático**

Algunas aplicaciones guardan automáticamente documentos, conversaciones o historiales de actividad.

Esto puede provocar que información utilizada temporalmente permanezca almacenada durante más tiempo del previsto.

Antes de utilizar una herramienta debe conocerse, en la medida de lo posible, qué ocurre con los datos introducidos y quién puede acceder a ellos.

La falta de conocimiento sobre el destino de la información debe considerarse una señal de precaución.

- **Incidentes relacionados con nuevas tecnologías**

Si se introduce accidentalmente información confidencial en una aplicación no autorizada, se carga un documento equivocado o se detecta cualquier posible exposición, debe comunicarse inmediatamente.

No debe intentarse ocultar el incidente simplemente borrando el contenido.

La organización debe poder valorar el riesgo y determinar las medidas necesarias.

- **Conclusión**

La inteligencia artificial y las nuevas tecnologías pueden mejorar numerosos procesos sanitarios y administrativos, pero deben utilizarse dentro de un marco de seguridad y responsabilidad.

Personal sanitario y no sanitario debe comprobar que las herramientas estén autorizadas, utilizar la mínima cantidad de información necesaria y evitar introducir datos identificativos cuando no sean imprescindibles.

También resulta fundamental revisar los resultados generados automáticamente, limitar el uso de dispositivos personales y comunicar cualquier posible incidente.

La innovación tecnológica no modifica los principios fundamentales de confidencialidad. La información sanitaria continúa requiriendo el mismo nivel de protección independientemente de que se trate mediante un documento en papel, un ordenador tradicional o una herramienta de inteligencia artificial.

La formación transversal de todas las categorías profesionales permitirá aprovechar las ventajas de las nuevas tecnologías sin comprometer la privacidad, la seguridad y la confianza de pacientes y trabajadores.

- **Bibliografía**

- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales**.
- España. **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.
- España. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2024/1689, por el que se establecen normas armonizadas en materia de inteligencia artificial**.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para profesionales del sector sanitario**. Madrid: AEPD.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Orientaciones y criterios sobre inteligencia artificial y protección de datos personales**. Madrid: AEPD.

Confidencialidad y protección de datos de pacientes fallecidos para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

La obligación de confidencialidad en el ámbito sanitario no finaliza necesariamente con el fallecimiento del paciente. La información clínica acumulada durante la asistencia continúa teniendo un carácter especialmente sensible y debe ser tratada con respeto, prudencia y de acuerdo con la normativa aplicable.

Tras el fallecimiento de una persona pueden intervenir numerosos profesionales en la gestión de su documentación, pertenencias, traslado, identificación, información a familiares, certificaciones y otros trámites administrativos. En estas actuaciones participan tanto personal sanitario como no sanitario: médicos, enfermeras, TCAE, celadores, administrativos, personal de seguridad, limpieza, mortuorio, archivo o servicios generales.

En este contexto pueden producirse situaciones de riesgo para la confidencialidad. La comunicación innecesaria de diagnósticos, el abandono de documentación, la identificación incorrecta, las conversaciones en zonas comunes o la entrega de informes a personas no legitimadas pueden vulnerar la privacidad y afectar además a la dignidad de la persona fallecida y de sus familiares.

Por ello, la gestión de la información debe realizarse con los mismos principios de prudencia, necesidad y seguridad aplicados durante la vida del paciente, teniendo en cuenta las particularidades legales y asistenciales existentes tras el fallecimiento.

- **Metodología**

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión narrativa de la normativa y recomendaciones relacionadas con protección de datos personales, documentación clínica, confidencialidad y derechos de acceso a la historia clínica.

Se tomaron como referencia la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y los principios generales de protección de la información sanitaria.

La información se estructuró en torno a diferentes situaciones posteriores al fallecimiento: custodia de la historia clínica, información a familiares, documentación administrativa, identificación, traslados, acceso a datos y actuación del personal sanitario y no sanitario.

- **Resultados**

    - **Confidencialidad después del fallecimiento**

La información conocida durante la asistencia debe seguir tratándose con discreción tras el fallecimiento.

Los profesionales no deben comentar diagnósticos, tratamientos, circunstancias personales o causas del fallecimiento con personas que no estén legitimadas para conocer esa información.

Tampoco debe difundirse información por curiosidad o por el hecho de que el paciente hubiera sido una persona conocida o de relevancia pública.

El deber de reserva profesional continúa siendo esencial para preservar la dignidad de la persona y la confianza en los servicios sanitarios.

    - **Acceso a la historia clínica**

La historia clínica no se convierte en un documento de libre acceso tras el fallecimiento.

La normativa contempla determinados supuestos en los que personas vinculadas al paciente pueden acceder a información clínica, pero dicho acceso está sujeto a límites y procedimientos específicos.

No debe entregarse documentación de forma automática a cualquier familiar que la solicite.

El personal administrativo o sanitario debe seguir los circuitos establecidos y comprobar que la persona solicitante reúne los requisitos correspondientes.

Cuando existan dudas, la solicitud debe derivarse al servicio competente.

    - **Información a familiares**

Tras un fallecimiento, los familiares pueden solicitar explicaciones sobre la evolución clínica, pruebas realizadas o circunstancias del fallecimiento.

La información debe ser facilitada por los profesionales competentes y conforme a los procedimientos previstos.

El personal no sanitario no debe ofrecer interpretaciones clínicas, aunque conozca parte de la información por haber participado en el traslado o en otras tareas.

Cuando una pregunta exceda las funciones del trabajador, debe derivarse al profesional responsable.

- **Causa del fallecimiento**

La causa de la muerte constituye información especialmente sensible.

No debe comunicarse en pasillos, salas de espera o delante de personas no autorizadas.

Tampoco debe facilitarse telefónicamente sin comprobar adecuadamente la identidad y legitimación del interlocutor.

Las conversaciones con familiares deben desarrollarse, cuando sea posible, en un entorno que garantice suficiente privacidad.

- **Identificación del fallecido**

La correcta identificación continúa siendo esencial después del fallecimiento.

Pulseras, etiquetas, documentación y otros sistemas deben comprobarse cuidadosamente para evitar errores.

Una identificación incorrecta puede tener consecuencias graves tanto desde el punto de vista humano como administrativo y legal.

La información identificativa utilizada durante los traslados debe limitarse a la necesaria y protegerse frente a la visualización por terceros.

- **Traslado al mortuorio**

Durante el traslado desde la unidad asistencial hasta el mortuorio debe preservarse la dignidad y confidencialidad.

La documentación que acompañe al fallecido debe permanecer protegida y no colocarse de forma visible.

Los celadores y otros trabajadores implicados deben conocer únicamente la información necesaria para realizar el traslado correctamente.

No deben comentarse circunstancias clínicas durante recorridos por pasillos, ascensores u otras zonas comunes.

- **Gestión de pertenencias personales**

Las pertenencias pueden contener documentos, dispositivos electrónicos, fotografías, tarjetas y otros elementos de carácter privado.

Deben seguirse los procedimientos de inventario, custodia y entrega establecidos.

La persona encargada no debe revisar el contenido de dispositivos, documentos o efectos personales salvo que exista una razón profesional y un procedimiento que lo justifique.

La entrega debe realizarse únicamente a la persona legitimada y quedar registrada cuando así esté previsto.

- **Documentación en habitaciones y unidades**

Después del fallecimiento pueden permanecer informes, etiquetas, listados o documentos en la habitación.

Estos materiales deben retirarse y gestionarse correctamente.

El personal de limpieza no debe depositarlos directamente en papeleras convencionales cuando contengan datos identificativos.

La documentación debe entregarse al profesional correspondiente o eliminarse mediante los sistemas establecidos para información confidencial.

- **Información telefónica**

Las llamadas de familiares o conocidos después de un fallecimiento requieren especial prudencia.

No debe facilitarse información sobre el ingreso, evolución clínica o fallecimiento sin seguir los mecanismos establecidos.

Incluso confirmar que una persona ha fallecido puede constituir información sensible en determinadas circunstancias.

Cuando exista duda sobre qué información puede proporcionarse, la llamada debe derivarse al servicio competente.

- **Pacientes conocidos o personajes públicos**

El ingreso o fallecimiento de una persona conocida puede despertar interés entre trabajadores o terceros.

No debe consultarse su historia clínica ni solicitarse información si no existe una necesidad profesional legítima.

La notoriedad pública no reduce el derecho a la confidencialidad.

Tampoco deben compartirse datos, imágenes o comentarios en redes sociales o grupos de mensajería.

- **Datos de familiares**

La historia clínica puede contener información sobre familiares, antecedentes genéticos o circunstancias personales de terceras personas.

La gestión de la documentación debe proteger también estos datos.

Cuando se valore una solicitud de acceso debe tenerse en cuenta que no toda la información contenida en la historia clínica puede necesariamente facilitarse de forma indiscriminada.

- **Papel del personal no sanitario**

El personal administrativo puede gestionar certificados y documentación; los celadores participan en traslados; limpieza puede encontrar documentos; seguridad puede gestionar accesos y el personal de archivo puede custodiar historias clínicas.

Todos ellos están sujetos a obligaciones de confidencialidad respecto de la información conocida durante su actividad.

El hecho de no desempeñar funciones asistenciales no elimina la responsabilidad de proteger la información.

- **Redes sociales y comunicación externa**

No deben publicarse comentarios, fotografías o detalles relacionados con el fallecimiento de pacientes en redes sociales.

Incluso sin mencionar el nombre, la combinación de lugar, fecha, edad, circunstancias o profesión puede permitir identificar a la persona.

La difusión informal de información puede causar un daño importante a familiares y allegados y comprometer gravemente la confidencialidad.

- **Conclusión**

La protección de la información sanitaria debe mantenerse también después del fallecimiento del paciente.

La historia clínica, los documentos administrativos, la causa del fallecimiento, las pertenencias y cualquier información conocida durante la asistencia deben tratarse con respeto y confidencialidad.

Personal sanitario y no sanitario debe limitar la comunicación de datos a las personas legitimadas, seguir los procedimientos establecidos, custodiar adecuadamente la documentación y evitar conversaciones innecesarias en zonas comunes.

Especial atención requieren las solicitudes de familiares, los traslados, la gestión de pertenencias y los casos que generan interés público.

La confidencialidad después del fallecimiento no es únicamente una obligación profesional y legal, sino también una manifestación del respeto debido a la dignidad de la persona y a sus familiares.

Integrar estas medidas en los procedimientos habituales permite garantizar una actuación profesional, segura y respetuosa incluso después de finalizar la atención asistencial.

- **Bibliografía**

- España. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.
- España. **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.
- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales**.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para profesionales del sector sanitario**. Madrid: AEPD.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad**. Madrid: AEPD.

Confidencialidad y protección de datos en la atención presencial y telefónica para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

La atención presencial y telefónica constituye una actividad cotidiana en hospitales, centros de salud, servicios administrativos y otros dispositivos sanitarios. A través de estos canales se gestionan citas, se resuelven dudas, se informa sobre procedimientos, se orienta a pacientes y familiares y, en determinadas circunstancias, se comunican datos relacionados con la asistencia.

Estas situaciones pueden generar riesgos para la confidencialidad cuando la identidad de la persona no se comprueba adecuadamente, se facilita más información de la necesaria o la conversación puede ser escuchada por terceros.

La protección de la privacidad debe considerarse una responsabilidad transversal. Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede recibir llamadas, atender consultas en mostradores, orientar a usuarios o intervenir en procesos que impliquen el manejo de datos personales.

Administrativos, celadores, profesionales sanitarios, trabajadores sociales, personal de seguridad y otros colectivos deben conocer los límites de la información que pueden facilitar y saber cuándo una consulta debe ser derivada a otro profesional.

La rapidez en la atención o la presión asistencial no deben conducir a proporcionar datos sin las comprobaciones necesarias. La identificación correcta del interlocutor y la aplicación del principio de mínima información constituyen elementos fundamentales para evitar divulgaciones indebidas.

- **Metodología**

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión narrativa de normativa y recomendaciones relacionadas con protección de datos personales, confidencialidad, autonomía del paciente y comunicación de información sanitaria.

Se tuvieron en cuenta los principios establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

La información se estructuró desde una perspectiva transversal, analizando situaciones comunes a personal sanitario y no sanitario: atención en mostradores, identificación de usuarios, consultas telefónicas, información a familiares, gestión de citas, conversaciones en zonas comunes y actuación ante dudas o incidencias.

- **Resultados**

    - **Identificación antes de facilitar información**

Antes de comunicar datos personales debe comprobarse que la persona está legitimada para recibirlos.

La identificación debe realizarse siguiendo los procedimientos establecidos por la organización.

No resulta suficiente que el interlocutor conozca el nombre del paciente, su fecha de nacimiento, habitación o servicio de ingreso.

Estos datos pueden ser conocidos por personas que no estén autorizadas para acceder a información adicional.

    - **Atención en mostradores**

Los mostradores de admisión, citación e información pueden encontrarse en zonas con elevada afluencia de público.

Debe evitarse mencionar en voz alta diagnósticos, tratamientos, pruebas o circunstancias personales cuando otras personas puedan escuchar.

La documentación no debe permanecer visible sobre el mostrador y las pantallas deben orientarse de manera que reduzcan la posibilidad de visualización por terceros.

Cuando una consulta implique información especialmente sensible, debe intentarse proporcionar mayor privacidad siempre que las instalaciones lo permitan.

    - **Información telefónica**

La comunicación telefónica requiere especial precaución porque no existe contacto presencial con el interlocutor.

El profesional debe aplicar los mecanismos de comprobación establecidos antes de facilitar cualquier información.

Si no puede verificarse adecuadamente la identidad, debe limitarse la respuesta y derivar la consulta al servicio correspondiente.

La necesidad de resolver rápidamente una llamada no justifica proporcionar información ante una identificación insuficiente.

- **Solicitudes de familiares**

Los familiares pueden preguntar por el estado, ubicación, citas o procedimientos de un paciente.

El parentesco no implica automáticamente derecho a recibir cualquier dato.

Cada trabajador debe conocer qué información puede facilitar dentro de sus funciones.

El personal no sanitario no debe proporcionar interpretaciones clínicas aunque conozca parte de la situación.

Cuando una pregunta exceda sus competencias, debe dirigir al familiar hacia el profesional correspondiente.

- **Confirmación de presencia en un centro**

Confirmar que una persona se encuentra ingresada, ha acudido a una consulta o está siendo atendida también supone comunicar información personal.

Por ello, no debe proporcionarse esta información indiscriminadamente a cualquier persona que la solicite.

Los centros deben disponer de procedimientos claros sobre cómo actuar ante estas peticiones.

Especial precaución puede ser necesaria en situaciones de violencia, conflictos familiares o pacientes que hayan solicitado restricciones específicas sobre la comunicación de información.

- **Gestión de citas**

Las citas médicas y pruebas diagnósticas forman parte de la información vinculada a la atención sanitaria.

Cuando se modifique, confirme o comunique una cita debe verificarse correctamente al destinatario.

Los justificantes y documentos de citación deben entregarse a la persona correspondiente y no quedar visibles en lugares accesibles.

Cuando se utilicen medios electrónicos o telefónicos, deben aplicarse los canales autorizados.

- **Conversaciones en zonas de espera**

Las salas de espera y áreas administrativas suelen concentrar a numerosos usuarios.

Los trabajadores deben controlar el volumen de voz y evitar repetir información que pueda ser escuchada por otras personas.

También debe evitarse pedir al paciente que explique públicamente detalles clínicos si no son necesarios para la gestión.

La información debe limitarse al objetivo concreto de la atención.

- **Derivación de consultas**

Una medida fundamental para proteger la confidencialidad consiste en reconocer los límites de las propias funciones.

Un trabajador no debe responder a una pregunta únicamente para evitar decir que no dispone de la información o que no puede proporcionarla.

Cuando una consulta corresponda a otro profesional o servicio, debe derivarse adecuadamente.

Esta práctica protege tanto al paciente como al trabajador.

- **Atención a personas conocidas**

Los trabajadores pueden encontrarse con familiares, amigos, vecinos o compañeros que solicitan información de forma informal.

La relación personal no modifica las normas de confidencialidad.

No debe facilitarse información adicional por confianza, cercanía o conocimiento previo.

Las mismas reglas de identificación y autorización deben aplicarse a todas las personas.

- **Mensajes y recados**

Cuando se recibe un mensaje destinado a otro profesional, debe registrarse únicamente la información necesaria.

No deben dejarse notas con datos sensibles en lugares visibles.

Asimismo, cuando se solicite devolver una llamada, debe evitarse escribir diagnósticos o información clínica detallada si no resulta necesario.

Las notas temporales deben destruirse de forma segura cuando hayan cumplido su finalidad.

- **Comunicación interna**

La información obtenida durante una llamada o atención presencial debe transmitirse únicamente a los profesionales que necesiten conocerla.

No debe comentarse posteriormente con compañeros por curiosidad o interés personal.

Trabajar en el mismo centro no significa que todos los trabajadores estén autorizados a conocer los detalles de una situación.

- **Situaciones de conflicto o presión**

En ocasiones, un familiar o usuario puede insistir para obtener determinada información.

El trabajador debe mantener una actitud profesional y explicar que existen normas de confidencialidad que limitan lo que puede comunicar.

La presión, enfado o urgencia expresada por el interlocutor no debe conducir a una divulgación indebida.

Cuando sea necesario, puede solicitarse apoyo del responsable o servicio correspondiente.

- **Errores durante la comunicación**

Si se facilita información a una persona incorrecta, se entrega un documento equivocado o se detecta cualquier otra incidencia, debe comunicarse inmediatamente.

La rapidez permite adoptar medidas para reducir el impacto.

Los incidentes deben analizarse para identificar posibles mejoras en procedimientos, identificación de usuarios o formación del personal.

- **Conclusión**

La atención presencial y telefónica constituye uno de los ámbitos donde con mayor facilidad pueden producirse vulneraciones de confidencialidad.

Todo el personal sanitario y no sanitario debe comprobar adecuadamente la identidad del interlocutor, limitar la información facilitada y conocer los límites de sus funciones.

La protección de la privacidad depende de acciones sencillas: hablar con discreción, proteger pantallas y documentos, evitar confirmar información innecesaria y derivar las consultas cuando corresponda.

La relación personal, el parentesco o la insistencia del interlocutor no eliminan la obligación de confidencialidad.

La formación transversal de todas las categorías profesionales permite establecer criterios comunes y reducir errores.

Integrar la privacidad en la atención diaria contribuye a proteger los derechos de los pacientes, mejorar la calidad del servicio y reforzar la confianza de la ciudadanía en las instituciones sanitarias.

- **Bibliografía**

- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales**.
- España. **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.
- España. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para profesionales del sector sanitario**. Madrid: AEPD.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad**. Madrid: AEPD.

Introducción

La ergonomía estudia la adaptación del trabajo a las características y necesidades de las personas con el objetivo de mejorar la seguridad, el confort y el rendimiento. En el entorno sanitario, tanto el personal sanitario como el no sanitario está expuesto a situaciones que pueden favorecer la aparición de molestias musculares y trastornos musculoesqueléticos. Permanecer muchas horas de pie, mantener posturas estáticas, realizar movimientos repetitivos, trasladar materiales o trabajar frente a un ordenador son ejemplos frecuentes.

Una adecuada aplicación de los principios ergonómicos permite prevenir lesiones, reducir la fatiga y favorecer unas condiciones laborales más saludables. La ergonomía debe entenderse como una responsabilidad compartida entre la organización y los trabajadores.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de recomendaciones relacionadas con la ergonomía, los trastornos musculoesqueléticos y la prevención de riesgos laborales en el entorno sanitario. Se analizaron situaciones habituales tanto en puestos asistenciales como administrativos y de apoyo.

Se tuvieron en cuenta factores como las posturas mantenidas, los movimientos repetitivos, la manipulación de cargas, el diseño del puesto, la organización de las pausas y la utilización adecuada de los equipos y ayudas disponibles.

Resultados

Los problemas musculoesqueléticos pueden aparecer cuando existe una exposición prolongada a posturas forzadas, movimientos repetitivos o esfuerzos físicos superiores a la capacidad del trabajador. Las zonas más afectadas suelen ser la espalda, cuello, hombros, muñecas y extremidades inferiores.

En el personal sanitario, las tareas de movilización y transferencia de pacientes requieren especial atención. Utilizar técnicas adecuadas y, cuando estén disponibles, ayudas mecánicas o dispositivos de movilización puede reducir considerablemente el esfuerzo físico. También es importante ajustar la altura de las superficies de trabajo y evitar posturas mantenidas durante periodos prolongados.

En el personal no sanitario, especialmente en puestos administrativos, resulta fundamental adaptar la mesa, silla, pantalla, teclado y otros elementos del puesto. La pantalla debe colocarse de forma que facilite una posición cómoda del cuello y la espalda, mientras que la silla debe proporcionar un apoyo adecuado. Alternar tareas y realizar pausas breves ayuda a disminuir la fatiga asociada al trabajo sedentario.

La prevención también incluye mantener una adecuada organización del trabajo. Cambiar de postura, realizar pequeños movimientos durante la jornada y aprovechar las pausas para favorecer la movilidad puede contribuir a reducir las molestias. Asimismo, es importante comunicar precozmente cualquier dolor o limitación para evitar que evolucione hacia un problema de mayor gravedad.

Conclusiones

La ergonomía constituye una herramienta fundamental para proteger la salud del personal sanitario y no sanitario. Adaptar el puesto, utilizar correctamente los equipos, evitar posturas forzadas y organizar adecuadamente las tareas son medidas sencillas que pueden disminuir la aparición de lesiones y mejorar el bienestar laboral.

La prevención debe comenzar con la identificación de los riesgos presentes en cada puesto y continuar mediante formación, información y seguimiento. No existe una única solución ergonómica válida para todos los trabajadores, por lo que las medidas deben adaptarse a las características de cada actividad.

Promover una cultura ergonómica en el entorno sanitario beneficia tanto a los profesionales como a la organización, favoreciendo un trabajo más seguro, saludable y sostenible.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre ergonomía y prevención de trastornos musculoesqueléticos.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre salud ocupacional y bienestar de los trabajadores sanitarios.

3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Información sobre trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo.

4. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Orientaciones sobre ergonomía y condiciones de trabajo.

Burnout en el entorno sanitario: detección precoz y prevención en personal sanitario y no sanitario

Introducción

El burnout o síndrome de desgaste profesional constituye un problema relacionado con el estrés laboral crónico y puede afectar al bienestar de los trabajadores y al funcionamiento de las organizaciones. En el entorno sanitario, las elevadas demandas profesionales, la presión asistencial, el contacto con situaciones difíciles y la necesidad de mantener una atención continua pueden favorecer su aparición. El personal no sanitario también puede verse afectado por cargas de trabajo elevadas, atención constante al público, conflictos y presión organizativa.

Reconocer las señales de alerta y actuar de forma temprana resulta fundamental para prevenir consecuencias sobre la salud y el rendimiento profesional. La prevención debe implicar tanto a las organizaciones como al personal sanitario y no sanitario.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre el burnout en el ámbito laboral, analizando sus principales factores de riesgo, manifestaciones y medidas preventivas. Se revisaron recursos de organismos especializados en salud laboral y bienestar profesional, considerando estrategias aplicables a los diferentes puestos y funciones existentes en los centros sanitarios.

Resultados

La revisión identifica como factores relacionados con el burnout la exposición prolongada a situaciones de estrés, la sobrecarga de trabajo, la falta de control sobre las tareas, los conflictos laborales y la dificultad para mantener un adecuado equilibrio entre la vida profesional y personal.

Entre las señales de alerta pueden aparecer cansancio persistente, falta de motivación, irritabilidad, dificultades de concentración y sensación de agotamiento emocional. También puede producirse distanciamiento respecto al trabajo o una percepción negativa de las propias capacidades profesionales. Detectar estos cambios permite intervenir antes de que el problema se intensifique.

En el personal sanitario, las exigencias asistenciales y el contacto frecuente con el sufrimiento pueden incrementar la carga emocional. En el personal no sanitario, la atención continuada a usuarios, la gestión de trámites, las interrupciones constantes o la resolución de situaciones conflictivas también pueden generar una importante presión laboral.

La prevención debe comenzar con medidas organizativas. Una distribución razonable de las tareas, una adecuada planificación de los horarios, descansos suficientes y una comunicación eficaz con los responsables pueden disminuir determinados factores de riesgo. También es importante favorecer la participación de los trabajadores en las decisiones relacionadas con su actividad.

A nivel individual, mantener hábitos saludables puede contribuir al bienestar. El descanso adecuado, la actividad física, una alimentación equilibrada y disponer de tiempo para actividades personales favorecen la recuperación. También resulta útil establecer límites entre la actividad laboral y la vida personal y reconocer cuándo es necesario solicitar ayuda.

El apoyo entre compañeros constituye otro elemento protector. Compartir dificultades, mantener una comunicación respetuosa y favorecer el trabajo en equipo puede reducir la sensación de aislamiento. Los responsables deben promover un clima laboral en el que los trabajadores puedan expresar sus dificultades sin temor a ser juzgados.

La formación en gestión del estrés, comunicación y autocuidado puede complementar estas medidas. Sin embargo, el burnout no debe abordarse únicamente como un problema individual. Cuando existen factores organizativos que mantienen el estrés de forma continuada, es necesario actuar también sobre las condiciones de trabajo.

Conclusiones

El burnout puede afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario y constituye un riesgo que debe abordarse desde una perspectiva preventiva. La identificación temprana de las señales de agotamiento permite adoptar medidas antes de que repercutan de manera significativa sobre la salud y el desempeño profesional.

La prevención requiere combinar actuaciones organizativas con estrategias individuales de autocuidado y apoyo. Mejorar la organización del trabajo, favorecer descansos adecuados, fortalecer la comunicación y crear entornos laborales donde solicitar ayuda sea posible son medidas fundamentales.

Cuidar el bienestar de quienes trabajan en los centros sanitarios contribuye a mejorar el clima laboral, la calidad del servicio y la seguridad de pacientes y usuarios.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recursos sobre salud mental en el trabajo y bienestar de los trabajadores.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre factores psicosociales, estrés laboral y bienestar en el trabajo.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recursos sobre salud mental y condiciones de trabajo.

4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Recursos sobre riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo.

Mindfulness en el entorno sanitario: autocuidado y atención plena para personal sanitario y no sanitario

Introducción

El trabajo en el ámbito sanitario puede desarrollarse en situaciones de elevada exigencia, con múltiples tareas, interrupciones frecuentes y contacto continuo con pacientes, usuarios y compañeros. Estas circunstancias pueden favorecer la aparición de estrés, cansancio emocional y dificultades para mantener la

concentración. Por ello, promover estrategias de autocuidado puede contribuir al bienestar de los profesionales.

El mindfulness o atención plena consiste en prestar atención de manera consciente al momento presente, tratando de observar pensamientos, emociones y sensaciones sin realizar juicios inmediatos. Su práctica puede incorporarse de forma sencilla a la rutina laboral y puede resultar beneficiosa tanto para el personal sanitario como para el no sanitario.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre la utilización del mindfulness como estrategia de promoción del bienestar en el entorno laboral. Se analizaron sus posibles aplicaciones para favorecer la atención, la gestión del estrés, la regulación emocional y la comunicación profesional, considerando su utilidad para trabajadores sanitarios y no sanitarios.

Resultados

La revisión muestra que una de las principales aportaciones del mindfulness es favorecer una mayor conciencia de lo que ocurre en el momento presente. En situaciones de presión laboral, realizar una breve pausa y centrar la atención en la respiración puede ayudar a interrumpir respuestas automáticas y facilitar una actuación más reflexiva.

En el personal sanitario, la atención plena puede resultar útil antes o después de situaciones emocionalmente exigentes, durante periodos de elevada actividad o ante interacciones complejas con pacientes y familiares. El objetivo no es evitar las emociones, sino reconocerlas y responder de una manera más equilibrada.

En el personal no sanitario, estas técnicas pueden aplicarse durante tareas administrativas, atención telefónica, recepción de usuarios o gestión de situaciones conflictivas. Prestar atención a una tarea concreta, reducir las distracciones y realizar pequeñas pausas conscientes puede favorecer la concentración y disminuir la sensación de sobrecarga.

La atención plena también puede mejorar la comunicación interpersonal. Escuchar activamente a un compañero o usuario, evitando preparar la respuesta mientras la otra persona habla, permite comprender mejor sus necesidades y puede reducir malentendidos. Esta actitud favorece unas relaciones profesionales basadas en el respeto y la empatía.

Entre las prácticas más sencillas se encuentra la respiración consciente durante unos minutos. También pueden realizarse pausas breves para identificar cómo se encuentra el trabajador, observar las sensaciones corporales o centrar la atención en una actividad cotidiana. Estas estrategias requieren poco tiempo y pueden adaptarse a las características de cada puesto.

Para conseguir resultados adecuados es recomendable una práctica progresiva y realista. El mindfulness debe considerarse una herramienta complementaria dentro de una estrategia más amplia de promoción de la salud laboral. No sustituye a una adecuada organización del trabajo, a

los periodos de descanso ni a las medidas destinadas a prevenir los riesgos psicosociales.

Conclusiones

El mindfulness puede constituir una herramienta sencilla de autocuidado para personal sanitario y no sanitario. La práctica de la atención plena puede favorecer la concentración, ayudar a gestionar situaciones de estrés y mejorar la calidad de las relaciones profesionales.

Incorporar pequeñas pausas conscientes y ejercicios de respiración a la jornada puede facilitar una respuesta menos automática ante situaciones difíciles. Su utilidad aumenta cuando se integra en una cultura organizativa que también promueve unas condiciones laborales adecuadas, el descanso y la prevención de los riesgos psicosociales.

Fomentar el autocuidado y el bienestar de los profesionales contribuye a crear entornos sanitarios más saludables, humanos y eficaces.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recursos sobre salud mental y bienestar en el trabajo.
2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre factores psicosociales y bienestar laboral.
3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recursos sobre salud mental y trabajo.
4. Kabat-Zinn J. *Mindfulness para principiantes*. Editorial Kairós.

Si quieres, también puedo prepararte otro sobre **mindfulness centrado específicamente en la prevención del estrés y el burnout en personal sanitario y no sanitario**.

Acoso sexual en el entorno sanitario: prevención y protección del personal sanitario y no sanitario

Introducción

El acoso sexual constituye una conducta contraria al respeto y a la dignidad de las personas en el ámbito laboral. Puede manifestarse mediante comentarios, insinuaciones, gestos, mensajes, contacto físico no deseado o cualquier comportamiento de naturaleza sexual que genere un entorno intimidatorio, ofensivo o humillante. En los centros sanitarios, donde existe una estrecha interacción entre profesionales, pacientes, familiares y usuarios, resulta especialmente importante prevenir estas situaciones.

El acoso sexual puede afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario,

independientemente de su categoría profesional. La prevención requiere establecer relaciones laborales basadas en el respeto, disponer de

procedimientos claros y garantizar que cualquier persona pueda comunicar una situación de acoso con seguridad y confidencialidad.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre el acoso sexual en el ámbito laboral, analizando sus principales manifestaciones, factores preventivos y pautas generales de actuación. Se consideraron recomendaciones de organismos especializados en igualdad, salud laboral y prevención de riesgos psicosociales, prestando especial atención a la sensibilización, formación y existencia de protocolos de actuación.

Resultados

La revisión muestra que el acoso sexual puede adoptar formas muy diversas. Puede incluir comentarios sobre el aspecto físico, bromas o insinuaciones sexuales, preguntas inapropiadas sobre la vida privada, envío de contenido de carácter sexual, acercamientos no deseados o contacto físico no consentido. Estas conductas pueden producirse de forma presencial o mediante herramientas digitales y comunicaciones electrónicas.

Es importante diferenciar una conducta profesional adecuada de un comportamiento que vulnera los límites personales. La existencia de una relación laboral, una posición jerárquica o un ambiente de confianza no justifica comportamientos de carácter sexual no deseados. Tampoco deben normalizarse determinadas conductas bajo la consideración de que son bromas.

El personal sanitario y no sanitario puede desempeñar un papel preventivo mediante una actitud activa de respeto. Evitar comentarios ofensivos, respetar los límites personales y no participar ni reforzar comportamientos inadecuados contribuye a crear un entorno laboral seguro.

La organización también tiene una responsabilidad fundamental. Debe disponer de políticas de prevención, mecanismos de comunicación y procedimientos para investigar y abordar las situaciones que puedan producirse. Los trabajadores deben conocer estos recursos y saber a quién acudir cuando necesiten asesoramiento o quieran comunicar una situación.

La formación constituye una herramienta esencial. Las acciones de sensibilización deben ayudar a reconocer las conductas que pueden constituir acoso sexual y explicar cómo actuar ante ellas. También es importante formar a responsables y mandos intermedios para que sepan responder de manera adecuada ante una comunicación, evitando minimizar los hechos o responsabilizar a la persona afectada.

Ante una posible situación de acoso, debe garantizarse la confidencialidad y evitar la exposición innecesaria de la persona afectada. La actuación debe realizarse siguiendo los protocolos establecidos y respetando los derechos de

todas las partes. Asimismo, deben adoptarse las medidas necesarias para prevenir posibles represalias.

Conclusiones

La prevención del acoso sexual debe formar parte de la cultura de cualquier organización sanitaria. Tanto el personal sanitario como el no sanitario tienen derecho a desarrollar su actividad en un entorno basado en el respeto, la igualdad y la dignidad.

La sensibilización, la formación, la existencia de protocolos claros y unos canales seguros de comunicación son herramientas fundamentales. No normalizar comentarios o comportamientos inapropiados y actuar ante las primeras señales permite prevenir situaciones de mayor gravedad.

Crear espacios laborales libres de acoso sexual es una responsabilidad compartida que favorece el bienestar de los profesionales, mejora la convivencia y contribuye a construir organizaciones sanitarias más seguras y respetuosas.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre violencia y acoso en el trabajo y riesgos psicosociales.

2. Ministerio de Igualdad. Recursos y materiales sobre prevención del acoso sexual y por razón de sexo en el ámbito laboral.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190).

4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Recursos sobre violencia, acoso y riesgos psicosociales en el trabajo.

Turnicidad en el entorno sanitario: descanso, adaptación y prevención de la fatiga en personal sanitario y no sanitario

Introducción

La turnicidad es una característica habitual en numerosos servicios sanitarios, donde la atención a los pacientes debe mantenerse durante las 24 horas. El personal sanitario y no sanitario puede desarrollar su actividad en turnos de mañana, tarde, noche, fines de semana o jornadas rotatorias, lo que puede alterar los ritmos habituales de sueño, alimentación y descanso. Una organización inadecuada de los turnos puede favorecer la aparición de fatiga, dificultades de concentración, alteraciones del sueño y disminución del bienestar.

Por ello, la gestión saludable de la turnicidad debe considerarse una medida importante de prevención de riesgos laborales. Tanto la organización del trabajo como los hábitos individuales pueden contribuir a reducir sus efectos negativos y favorecer un entorno laboral más seguro.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de recomendaciones relacionadas con la turnicidad, el trabajo nocturno, la fatiga laboral y la prevención de riesgos en el ámbito sanitario. Se consultaron documentos de organismos especializados en

salud laboral y prevención, prestando especial atención a las medidas aplicables al personal sanitario y no sanitario.

Se analizaron aspectos relacionados con la planificación de los turnos, los periodos de descanso, la higiene del sueño, la alimentación, la actividad física y las estrategias para prevenir la fatiga durante la jornada laboral.

Resultados

La turnicidad puede dificultar la adaptación del organismo a horarios variables, especialmente cuando incluye trabajo nocturno o cambios frecuentes entre diferentes franjas horarias. La alteración del sueño constituye uno de los problemas más frecuentes y puede repercutir sobre el estado de ánimo, la atención y el rendimiento profesional.

Una adecuada planificación de los cuadrantes resulta fundamental. Siempre que sea posible, deben evitarse cambios excesivamente frecuentes, acumulaciones de jornadas y periodos insuficientes de recuperación. También es importante garantizar descansos adecuados entre jornadas y prestar especial atención a los trabajadores que realizan turnos nocturnos.

A nivel individual, mantener rutinas de sueño estables dentro de las posibilidades de cada turno puede favorecer la recuperación. Después de una jornada nocturna, disponer de un ambiente tranquilo, oscuro y silencioso facilita el descanso. También resulta recomendable cuidar la alimentación, mantener una hidratación adecuada y realizar actividad física de forma regular.

Durante los turnos, especialmente los nocturnos, las pausas programadas pueden ayudar a reducir la fatiga. La comunicación entre compañeros y la coordinación del equipo también son importantes para detectar situaciones de cansancio excesivo que puedan comprometer la seguridad.

Conclusiones

La turnicidad forma parte de la realidad laboral de muchos profesionales sanitarios y no sanitarios, pero sus posibles efectos sobre el descanso y el bienestar pueden reducirse mediante una adecuada organización del trabajo y medidas preventivas.

La planificación racional de los turnos, el respeto de los periodos de descanso y la promoción de hábitos saludables son elementos esenciales. Asimismo, las organizaciones deben favorecer una cultura preventiva que permita identificar precozmente los signos de fatiga y establecer medidas de mejora.

Prevenir las consecuencias negativas de la turnicidad no solo beneficia la salud de los trabajadores, sino que también contribuye a mejorar la atención, la seguridad y la calidad del servicio sanitario.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre trabajo a turnos, trabajo nocturno y organización del tiempo de trabajo.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre salud laboral y bienestar de los trabajadores sanitarios.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Información y recomendaciones sobre trabajo nocturno, turnos y condiciones de trabajo.

4. Ministerio de Sanidad. Documentación sobre prevención de riesgos laborales y promoción de la salud en el entorno sanitario.

La gestión documental sanitaria y el papel del Auxiliar Administrativo

Resumen

La gestión documental constituye una actividad esencial para el funcionamiento de las organizaciones sanitarias. Los centros de salud y hospitales generan diariamente un elevado volumen de documentos administrativos y asistenciales cuya correcta clasificación, tramitación, conservación y acceso resulta necesaria para garantizar la continuidad de los procesos. El Auxiliar Administrativo sanitario participa activamente en numerosas tareas relacionadas con la documentación y los sistemas de información. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la gestión documental en el ámbito sanitario y describir la contribución del Auxiliar Administrativo a su organización, seguridad y disponibilidad. Se realizó una revisión narrativa de normativa española y documentación institucional relacionada con la información sanitaria y la administración electrónica. Los resultados muestran que una gestión documental adecuada requiere procedimientos de identificación, registro, clasificación, acceso y conservación, además del cumplimiento de las obligaciones de confidencialidad y protección de datos. La progresiva digitalización ha reducido la dependencia del soporte físico, aunque ha introducido nuevas necesidades de capacitación y seguridad. Se concluye que el Auxiliar Administrativo desempeña una función relevante en la calidad y eficiencia de los circuitos documentales sanitarios.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; gestión documental; documentación sanitaria; archivo; administración sanitaria; protección de datos.

Introducción

El funcionamiento de cualquier organización sanitaria depende de la disponibilidad de información correcta y accesible para los profesionales que legítimamente la necesitan.

Los hospitales, centros de salud y demás instituciones sanitarias generan documentación relacionada con citas, solicitudes, ingresos, altas, comunicaciones, procedimientos administrativos y asistencia sanitaria. La gestión de estos documentos requiere establecer sistemas que permitan clasificarlos, localizarlos, conservarlos y protegerlos.

El Auxiliar Administrativo sanitario participa en numerosos puntos de estos circuitos. Dependiendo de su puesto, puede desarrollar funciones relacionadas con registro, archivo, admisión, citación, digitalización o tramitación de documentación.

La evolución hacia sistemas electrónicos ha transformado profundamente estas tareas. Muchos documentos que anteriormente circulaban físicamente se integran actualmente en sistemas de información.

Sin embargo, la digitalización no elimina las responsabilidades documentales. Al contrario, exige conocer nuevos procedimientos y mantener especial atención a la seguridad de la información.

La Ley 41/2002 regula aspectos fundamentales de la documentación clínica y establece obligaciones relativas a su conservación, acceso y confidencialidad. Paralelamente, el Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018 establecen el marco de protección de los datos personales.

El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de la gestión documental y el papel que desarrolla el Auxiliar Administrativo sanitario dentro de estos procesos.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de legislación española y europea relacionada con documentación sanitaria, protección de datos y procedimientos administrativos electrónicos.

Se consultaron principalmente la Ley 41/2002, la Ley 39/2015, la Ley Orgánica 3/2018 y el Reglamento (UE) 2016/679.

La información identificada se clasificó en cuatro áreas: organización documental, acceso y confidencialidad, digitalización y competencias del personal administrativo.

No se utilizaron datos de pacientes ni documentación clínica real.

Resultados

La revisión realizada permite identificar la correcta clasificación documental como uno de los elementos necesarios para el funcionamiento de los servicios. Un documento incorrectamente registrado o asociado puede dificultar su localización posterior.

La identificación del paciente constituye otro punto crítico. Los procedimientos administrativos deben minimizar la posibilidad de asociar información a una persona diferente.

La confidencialidad aparece como un requisito transversal. El personal administrativo puede acceder a determinados datos para realizar sus funciones, pero dicho acceso debe limitarse a la información necesaria para el trabajo correspondiente.

La digitalización facilita la consulta simultánea, reduce determinados desplazamientos físicos de documentación y puede mejorar la trazabilidad. Sin embargo, introduce riesgos relacionados con accesos indebidos, envío de información al destinatario incorrecto o utilización inadecuada de credenciales.

Asimismo, pueden coexistir durante determinados periodos documentos físicos y electrónicos, lo que obliga a conocer los procedimientos aplicables a cada soporte.

Discusión

La gestión documental no debe considerarse una actividad secundaria dentro del sistema sanitario. La calidad de la información puede repercutir sobre numerosos procesos posteriores.

El Auxiliar Administrativo ocupa una posición relevante porque interviene en diferentes fases de circulación de la documentación. Un error aparentemente pequeño, como registrar incorrectamente un dato identificativo, puede generar dificultades posteriores.

La transformación digital ofrece importantes ventajas, pero exige capacitación. Saber utilizar una aplicación no es suficiente; también es necesario comprender qué información puede consultarse, modificarse o comunicarse.

La protección de datos debe integrarse en las rutinas cotidianas. Bloquear el ordenador al abandonar el puesto, comprobar destinatarios antes de enviar información o evitar documentos visibles al público son actuaciones sencillas que contribuyen a proteger la privacidad.

Conclusiones

La gestión documental es esencial para el correcto funcionamiento de los servicios sanitarios.

El Auxiliar Administrativo sanitario participa en numerosos procesos de registro, clasificación, tramitación y archivo.

La identificación correcta de los documentos y de los pacientes contribuye a reducir errores administrativos.

La digitalización aporta ventajas relacionadas con disponibilidad y trazabilidad, pero introduce nuevas necesidades de seguridad y formación.

El respeto a la confidencialidad y a la protección de datos debe estar presente durante todo el ciclo documental.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2015). *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Boletín Oficial del Estado, 236.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016*. Diario Oficial de la Unión Europea.

La prevención de errores de identificación del paciente desde el trabajo del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La correcta identificación de los pacientes constituye un componente fundamental de la seguridad dentro de las organizaciones sanitarias. Aunque frecuentemente se relaciona la seguridad del paciente con procedimientos clínicos, numerosas actuaciones administrativas preceden a la asistencia y pueden contribuir a prevenir errores. El Auxiliar Administrativo sanitario participa en procesos de admisión, citación, actualización de datos y gestión documental en los que resulta imprescindible comprobar adecuadamente la identidad de los usuarios. El objetivo de este trabajo es analizar la contribución del Auxiliar Administrativo a la correcta identificación del paciente. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación institucional sobre seguridad del paciente y gestión de información sanitaria. Los resultados muestran la importancia de utilizar identificadores adecuados, comprobar los datos conforme a los protocolos, evitar registros duplicados y extremar las precauciones ante personas con nombres o datos similares. Se concluye que la identificación constituye una responsabilidad multidisciplinar y que el personal administrativo representa una de las primeras barreras preventivas frente a posibles errores.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; identificación del paciente; seguridad del paciente; admisión; errores administrativos; calidad asistencial.

Introducción

La seguridad del paciente constituye una prioridad de los sistemas sanitarios. Los incidentes relacionados con la asistencia pueden tener múltiples causas y no todas se originan durante una actuación estrictamente clínica.

Antes de realizar una consulta, prueba o ingreso, el ciudadano ha pasado frecuentemente por uno o varios procesos administrativos. Por ello, la calidad de la información registrada puede influir en las actuaciones posteriores.

La identificación incorrecta puede ocasionar que información perteneciente a una persona sea asociada a otra, que se generen registros duplicados o que determinadas comunicaciones no lleguen al destinatario adecuado.

El Auxiliar Administrativo sanitario desempeña funciones de especial relevancia en admisión y gestión de datos. La correcta comprobación de la identidad debe realizarse siguiendo los procedimientos establecidos y evitando asumir que dos personas con datos similares son la misma.

La digitalización facilita la disponibilidad de información, pero no elimina completamente la posibilidad de errores humanos o duplicidades.

El objetivo de este trabajo es estudiar la importancia de la identificación segura desde la perspectiva del Auxiliar Administrativo sanitario y describir actuaciones preventivas.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación institucional relacionada con seguridad del paciente, identificación y gestión de información sanitaria.

La información se estructuró en cuatro áreas: verificación de identidad, actualización de datos, duplicidades y comunicación entre profesionales.

No se analizaron historias clínicas ni incidentes reales de pacientes.

Resultados

La revisión muestra que la identificación debe basarse en procedimientos sistemáticos y no únicamente en el reconocimiento visual de la persona.

Los datos identificativos deben comprobarse conforme a los protocolos de cada organización, especialmente antes de realizar modificaciones relevantes o entregar documentación.

Otro riesgo identificado es la duplicidad de registros. La creación de diferentes registros para una misma persona puede fragmentar la información y dificultar la continuidad de los procesos.

Las coincidencias de nombres y apellidos requieren especial atención. Cuando existen dudas, deben utilizarse otros identificadores disponibles siguiendo los procedimientos del centro.

La actualización de datos de contacto también resulta importante. Aunque un número telefónico o dirección incorrectos no implican necesariamente una

identificación clínica errónea, pueden impedir comunicaciones relacionadas con citas o procedimientos.

Finalmente, la revisión señala que la identificación segura no corresponde exclusivamente al personal administrativo. Debe mantenerse a lo largo de todo el proceso asistencial.

Discusión

El Auxiliar Administrativo puede constituir uno de los primeros puntos de control de la identidad del paciente. Esta función adquiere especial importancia porque la información introducida en la fase administrativa puede utilizarse posteriormente en diferentes servicios.

La presión asistencial puede favorecer errores si las comprobaciones se realizan con excesiva rapidez. Sin embargo, la seguridad exige mantener los procedimientos incluso en situaciones de elevada demanda.

Los sistemas informáticos pueden incorporar mecanismos para detectar posibles duplicidades, pero no sustituyen completamente la intervención profesional.

La formación del personal y la existencia de procedimientos homogéneos facilitan una actuación consistente. También es importante que los trabajadores sepan cómo proceder cuando detectan una posible discrepancia, evitando realizar modificaciones improvisadas.

Conclusiones

La correcta identificación del paciente es un componente esencial de la seguridad sanitaria.

El Auxiliar Administrativo participa directamente en procesos donde se crean, verifican y actualizan datos identificativos.

La comprobación sistemática de la información puede contribuir a prevenir errores y registros duplicados.

Las herramientas informáticas pueden ayudar a detectar incidencias, pero requieren supervisión profesional.

La identificación segura debe considerarse una responsabilidad compartida entre las diferentes categorías que participan en la atención sanitaria.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

Ministerio de Sanidad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. Gobierno de España.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

Administración electrónica y atención a la ciudadanía: nuevas funciones del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La implantación de la administración electrónica ha transformado la relación entre los ciudadanos y las instituciones públicas, incluyendo las organizaciones sanitarias. Numerosos trámites pueden iniciarse o realizarse actualmente mediante canales digitales, lo que aporta ventajas de accesibilidad y eficiencia, pero también puede generar dificultades para determinados grupos de población. El Auxiliar Administrativo sanitario ocupa una posición relevante en este nuevo escenario debido a su participación en la atención, información y tramitación administrativa. El objetivo del trabajo es analizar el impacto de la administración electrónica sobre las funciones del Auxiliar Administrativo sanitario. Se realizó una revisión documental de legislación y estrategias públicas de digitalización. Los resultados muestran que el desarrollo de servicios electrónicos requiere nuevas competencias digitales, conocimientos sobre identificación electrónica, seguridad de la información y capacidad para orientar al ciudadano. También se identifica la brecha digital como uno de los principales retos. Se concluye que la transformación electrónica modifica las funciones administrativas, pero no elimina la necesidad de atención humana.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; administración electrónica; sanidad; competencias digitales; ciudadanía; brecha digital.

Introducción

La transformación digital ha modificado profundamente la forma en que los ciudadanos se relacionan con las administraciones públicas.

La posibilidad de realizar trámites electrónicamente puede evitar desplazamientos, facilitar el acceso a determinados servicios y reducir el uso de documentación física.

El sector sanitario forma parte de esta transformación. Citas, información personal, determinadas solicitudes y comunicaciones pueden gestionarse mediante plataformas electrónicas, aunque las características concretas dependen de cada servicio de salud.

El Auxiliar Administrativo sanitario debe adaptarse a esta realidad. Además de conocer las aplicaciones internas de gestión, puede encontrarse con ciudadanos que necesitan orientación sobre procedimientos electrónicos.

La Ley 39/2015 regula las relaciones electrónicas dentro del procedimiento administrativo y establece derechos y obligaciones que deben considerarse en la actividad de las administraciones públicas.

Por otro lado, la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud reconoce la capacitación digital y el desarrollo de servicios digitales como elementos relevantes para la transformación sanitaria.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo la administración electrónica está modificando las competencias y funciones del Auxiliar Administrativo sanitario.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de legislación española y documentación institucional relacionada con administración electrónica y salud digital.

Se analizaron principalmente la Ley 39/2015 y la Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud.

Los resultados se organizaron en tres dimensiones: transformación de procedimientos, nuevas competencias profesionales y accesibilidad para la ciudadanía.

Resultados

La administración electrónica permite que numerosos procedimientos puedan gestionarse sin necesidad de desplazamiento presencial. Esto puede aumentar la comodidad para ciudadanos que disponen de medios y conocimientos digitales.

Para el Auxiliar Administrativo, esta evolución implica manejar aplicaciones y sistemas de gestión cada vez más integrados.

La identificación electrónica constituye otro elemento relevante. El trabajador debe conocer los procedimientos establecidos para orientar adecuadamente al usuario, sin solicitar ni manejar indebidamente credenciales personales que corresponden al ciudadano.

La protección de datos continúa siendo esencial. Los trámites digitales pueden contener información sensible y deben realizarse utilizando los canales autorizados.

La revisión identifica además la brecha digital como una dificultad. Personas mayores, ciudadanos sin dispositivos adecuados o usuarios con escasas

competencias digitales pueden encontrar obstáculos para utilizar determinados servicios.

En estos casos, la atención administrativa sigue desempeñando una función fundamental de orientación y apoyo dentro de las competencias establecidas.

Discusión

La administración electrónica no debería interpretarse simplemente como la eliminación de la atención presencial. Su finalidad debe ser ampliar las posibilidades de relación con la Administración y mejorar la eficiencia.

La transformación tecnológica puede liberar al personal de determinadas tareas repetitivas, permitiendo dedicar más tiempo a incidencias que requieren intervención humana.

Sin embargo, también puede trasladar complejidad al usuario. Cuando un procedimiento electrónico no resulta intuitivo, el ciudadano puede necesitar ayuda administrativa.

El Auxiliar Administrativo sanitario se convierte así en un intermediario importante entre la tecnología y la ciudadanía.

La formación continuada resulta indispensable. Las aplicaciones, procedimientos de identificación y servicios electrónicos evolucionan rápidamente, por lo que los conocimientos deben actualizarse periódicamente.

Conclusiones

La administración electrónica está transformando las funciones del Auxiliar Administrativo sanitario.

Los servicios digitales pueden mejorar la accesibilidad y eficiencia de numerosos procedimientos.

El personal administrativo necesita competencias digitales y conocimientos actualizados sobre los sistemas utilizados.

La seguridad y protección de datos deben mantenerse como requisitos fundamentales.

La brecha digital obliga a conservar mecanismos adecuados de orientación para las personas que encuentran dificultades tecnológicas.

La tecnología debe complementar la atención administrativa y no convertirse en una nueva barrera de acceso.

Bibliografía

España. (2015). *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Boletín Oficial del Estado, 236.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679*. Diario Oficial de la Unión Europea.

Comunicación telefónica y atención no presencial en el trabajo del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La atención telefónica continúa siendo uno de los principales canales de comunicación entre los ciudadanos y los centros sanitarios. El Auxiliar Administrativo sanitario atiende consultas relacionadas con citas, trámites, localización de servicios y otras cuestiones administrativas, por lo que la comunicación telefónica requiere habilidades específicas y el cumplimiento de normas de confidencialidad. El objetivo del presente trabajo es analizar los elementos fundamentales de una atención telefónica eficaz y segura en el ámbito sanitario. Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre protección de datos, derechos del paciente y documentación sanitaria. Los resultados muestran que la claridad del lenguaje, la escucha activa, la comprobación de identidad cuando corresponda, la delimitación de competencias y la protección de la información son aspectos esenciales. La ausencia de contacto visual dificulta la comunicación y aumenta la importancia de confirmar que el usuario ha comprendido las indicaciones. Se concluye que la atención telefónica constituye una función administrativa con repercusiones sobre la experiencia del usuario y la seguridad de la información.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; atención telefónica; comunicación; confidencialidad; atención al usuario; sanidad.

Introducción

El teléfono continúa siendo un canal fundamental de comunicación con los centros sanitarios, incluso en un contexto de creciente digitalización.

Muchos ciudadanos lo utilizan para solicitar información, comunicar incidencias con sus citas o resolver dudas relacionadas con procedimientos administrativos.

La atención telefónica presenta características diferentes de la comunicación presencial. Al no existir contacto visual, el trabajador dispone de menos elementos para interpretar la situación del interlocutor y debe prestar especial atención al lenguaje utilizado.

Asimismo, existe un problema específico relacionado con la identidad. En una llamada telefónica no siempre resulta evidente quién se encuentra al otro lado de la línea. Esto adquiere especial relevancia cuando la conversación puede implicar datos personales.

El Auxiliar Administrativo sanitario debe combinar capacidad comunicativa con prudencia y conocimiento de sus competencias.

El objetivo del presente trabajo es analizar las características de una atención telefónica administrativa eficaz y segura dentro de las instituciones sanitarias.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre autonomía del paciente, protección de datos y confidencialidad de la información sanitaria.

El análisis se estructuró en cuatro dimensiones: comunicación, identificación, protección de datos y gestión de situaciones difíciles.

No se grabaron ni analizaron llamadas reales y no se utilizaron datos personales.

Resultados

La revisión identifica la claridad del lenguaje como un elemento esencial. Las indicaciones sobre lugares, fechas o procedimientos deben transmitirse de forma sencilla y ordenada.

La escucha activa adquiere especial relevancia porque el trabajador no dispone de información visual. Permitir que el usuario explique su necesidad antes de responder puede reducir malentendidos.

Cuando una actuación implique proporcionar información personal, deben aplicarse los procedimientos de identificación establecidos por la organización. No debe asumirse que una persona es quien afirma ser sin realizar las comprobaciones exigidas.

Otro resultado relevante es la delimitación de competencias. El Auxiliar Administrativo puede proporcionar información administrativa, pero las consultas de carácter clínico deben dirigirse al profesional o canal correspondiente.

En situaciones conflictivas, mantener un tono profesional y explicar de forma objetiva las alternativas disponibles puede favorecer la resolución de la llamada.

Discusión

La atención telefónica puede parecer una tarea rutinaria, pero reúne dificultades específicas. La ausencia de comunicación no verbal aumenta la posibilidad de interpretar incorrectamente una explicación.

Además, el trabajador puede atender numerosas llamadas consecutivas, lo que aumenta la carga mental y exige mantener la concentración.

La protección de la confidencialidad requiere especial prudencia. La facilidad con la que una persona puede solicitar información en nombre de otra hace necesario respetar los procedimientos de identificación.

También resulta importante gestionar las expectativas. El Auxiliar Administrativo no siempre puede resolver directamente el problema planteado, pero puede

explicar los canales disponibles y realizar las actuaciones que correspondan dentro de sus competencias.

La formación en comunicación y resolución de conflictos puede mejorar tanto la experiencia del ciudadano como las condiciones de trabajo del profesional.

Conclusiones

La atención telefónica es una función relevante del Auxiliar Administrativo sanitario.

La claridad, escucha y confirmación de la información contribuyen a reducir errores de comunicación.

La protección de datos exige especial precaución antes de facilitar información personal por canales no presenciales.

El trabajador debe diferenciar las consultas administrativas de aquellas que requieren valoración sanitaria.

La formación en comunicación y gestión de conflictos puede favorecer una atención telefónica más eficaz, segura y humanizada.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679*. Diario Oficial de la Unión Europea.

Trabajo en equipo y coordinación interdisciplinar: función del Auxiliar Administrativo en los centros sanitarios

Resumen

La asistencia sanitaria requiere la participación coordinada de profesionales con competencias diferentes. Aunque el trabajo en equipo suele analizarse desde las profesiones asistenciales, el personal administrativo constituye una parte

esencial de numerosos circuitos organizativos. El Auxiliar Administrativo sanitario mantiene una comunicación continua con pacientes, facultativos, enfermería, técnicos, unidades de admisión y otros servicios. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la coordinación interdisciplinar y la comunicación interna en las funciones del Auxiliar Administrativo. Se realizó una revisión narrativa de legislación y documentación institucional relacionada con organización sanitaria, calidad y seguridad. Los resultados muestran que la definición clara de funciones, el uso de canales adecuados de comunicación, la correcta transmisión de información y el respeto a la confidencialidad favorecen el funcionamiento de los equipos. También se identifican dificultades derivadas de instrucciones contradictorias, interrupciones y falta de actualización de procedimientos. Se concluye que el Auxiliar Administrativo actúa como un elemento de conexión entre diferentes áreas y que su integración efectiva en los equipos contribuye a la continuidad y eficiencia de los procesos sanitarios.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; trabajo en equipo; coordinación; comunicación interna; administración sanitaria; calidad.

Introducción

La atención sanitaria moderna depende de equipos formados por profesionales con diferentes competencias. Médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo participan en procesos interrelacionados.

Aunque el Auxiliar Administrativo no desarrolla funciones clínicas, su actividad puede ser necesaria para que determinadas actuaciones asistenciales puedan organizarse adecuadamente.

La programación de una consulta, tramitación de una solicitud, localización de documentación o comunicación de una incidencia son ejemplos de procesos donde la coordinación resulta fundamental.

El trabajo administrativo también conecta diferentes niveles de la organización. Una unidad puede necesitar información procedente de otra, y el personal administrativo participa frecuentemente en esta circulación.

Una comunicación deficiente puede provocar retrasos, duplicidades o confusión. Por ello, la coordinación debe considerarse un componente de la calidad organizativa.

El objetivo del presente trabajo es analizar la función del Auxiliar Administrativo sanitario dentro de los equipos multidisciplinares y describir factores que favorecen una coordinación eficaz.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa sanitaria y documentación institucional relacionada con calidad, seguridad del paciente y organización del Sistema Nacional de Salud.

La información se clasificó en cuatro áreas: delimitación de funciones, comunicación interna, gestión de incidencias y confidencialidad.

No se realizaron entrevistas ni estudios observacionales sobre trabajadores.

Resultados

La revisión identifica la claridad de funciones como uno de los elementos básicos para la coordinación. Cada profesional debe conocer qué actuaciones corresponden a su categoría y cuándo debe derivar una cuestión a otro trabajador.

La utilización de canales oficiales de comunicación favorece la trazabilidad y reduce la pérdida de información.

Otro elemento relevante es la actualización de procedimientos. Cuando existen cambios en circuitos, agendas o requisitos administrativos, el personal que atiende directamente a los ciudadanos necesita recibir información actualizada.

Las incidencias requieren mecanismos claros de escalado. El Auxiliar Administrativo debe saber a quién comunicar un problema que no puede resolver directamente.

La confidencialidad continúa siendo aplicable dentro del propio equipo. La información sanitaria no debe compartirse indiscriminadamente por el simple hecho de que los interlocutores trabajen en el mismo centro.

Finalmente, una coordinación adecuada puede evitar que el paciente tenga que repetir innecesariamente la misma información ante diferentes unidades.

Discusión

El Auxiliar Administrativo puede considerarse un elemento de conexión organizativa entre usuarios y profesionales. Esta posición hace que la comunicación sea una de sus herramientas principales de trabajo.

Sin embargo, coordinación no significa asumir funciones ajenas. Una organización eficaz requiere que cada categoría conozca sus responsabilidades y respete las competencias de las demás.

La existencia de instrucciones contradictorias constituye una fuente de errores y tensión. Los procedimientos deberían estar documentados y actualizarse mediante canales conocidos por los trabajadores.

Las reuniones de equipo, sistemas internos de comunicación y protocolos accesibles pueden contribuir a reducir estas dificultades.

También resulta necesario fomentar una cultura en la que el personal administrativo pueda comunicar incidencias y proponer mejoras, dado que su contacto diario con los procesos permite detectar problemas organizativos que pueden pasar inadvertidos desde otras posiciones.

Conclusiones

El Auxiliar Administrativo constituye una parte relevante de los equipos de trabajo sanitarios.

La coordinación adecuada entre categorías facilita la continuidad y eficiencia de los procesos.

La delimitación clara de competencias reduce errores y evita asumir funciones que corresponden a otros profesionales.

Los procedimientos actualizados y los canales oficiales de comunicación mejoran la transmisión de información.

La confidencialidad debe mantenerse también en las comunicaciones internas.

Integrar al personal administrativo en los procesos de coordinación y mejora puede contribuir a aumentar la calidad organizativa de los centros sanitarios.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

Ministerio de Sanidad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. Gobierno de España.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

Violencia de género en el entorno sanitario: prevención, detección y atención del personal sanitario y no sanitario

Introducción

La violencia de género constituye un problema social y sanitario que puede tener importantes consecuencias físicas, psicológicas y sociales para las mujeres que la sufren. Los centros sanitarios ocupan una posición privilegiada para detectar posibles situaciones de violencia, ya que muchas mujeres mantienen contacto con los servicios de salud en diferentes momentos de su vida.

La atención adecuada requiere la implicación de profesionales con diferentes funciones. El personal sanitario puede identificar signos relacionados con la

salud física y emocional, mientras que el personal no sanitario puede detectar cambios de comportamiento o situaciones de especial vulnerabilidad durante la atención administrativa y la recepción. Una actuación coordinada permite ofrecer una respuesta más segura, respetuosa y adaptada a cada situación.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre la prevención, detección y atención de la violencia de género en el ámbito sanitario. Se analizaron recomendaciones de organismos oficiales y especializados, prestando especial atención a la identificación de señales de alerta, la comunicación con la mujer, la confidencialidad, la coordinación profesional y la derivación a los recursos disponibles.

Resultados

La revisión destaca que la violencia de género no siempre se presenta de forma evidente. Pueden existir lesiones, pero también síntomas como ansiedad, alteraciones del sueño, tristeza, miedo, problemas de salud recurrentes o dificultades para explicar determinadas circunstancias. Estas señales deben interpretarse con prudencia y nunca deben utilizarse para realizar conclusiones precipitadas.

El personal sanitario debe proporcionar una atención basada en la escucha activa y el respeto. Cuando existan indicios, resulta importante facilitar un espacio privado y seguro para hablar, evitando que la posible persona agresora esté presente. Las preguntas deben formularse de manera cuidadosa, sin culpabilizar ni cuestionar las decisiones de la mujer.

El personal no sanitario también puede contribuir a la detección y prevención. Los profesionales de recepción, admisión, administración o atención al usuario pueden observar situaciones de control, miedo o incomodidad y, sobre todo, facilitar un trato acogedor y discreto. Su función no consiste en investigar ni confirmar los hechos, sino en conocer los procedimientos establecidos y saber cuándo y cómo solicitar apoyo a los profesionales responsables.

La confidencialidad constituye un aspecto esencial. La información relacionada con una posible situación de violencia debe manejarse únicamente dentro de las funciones profesionales y siguiendo los protocolos y la normativa aplicable. No deben realizarse comentarios sobre la situación de una usuaria en espacios públicos ni facilitar información a personas no autorizadas.

La coordinación entre profesionales es igualmente importante. Dependiendo de las circunstancias, pueden intervenir personal médico y de enfermería, trabajo social, salud mental y otros recursos especializados. Conocer los circuitos de actuación facilita una respuesta organizada y evita que la mujer tenga que repetir innecesariamente su experiencia ante numerosos profesionales.

La formación continuada de todo el personal permite mejorar la capacidad de respuesta. Debe incluir conocimientos sobre violencia de género, comunicación, detección de señales de alerta, prevención de la revictimización y recursos de ayuda. También es importante que los trabajadores conozcan las medidas de seguridad aplicables cuando exista una situación de riesgo.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta integral en la que participen tanto el personal sanitario como el no sanitario. La prevención y la detección precoz pueden facilitar que las mujeres accedan a los recursos de ayuda y protección disponibles.

Una atención basada en la escucha, la privacidad, la confidencialidad y la ausencia de juicios contribuye a generar un entorno de confianza. La formación y la coordinación entre profesionales permiten actuar de manera adecuada ante las diferentes situaciones, evitando la revictimización y protegiendo la seguridad de la mujer.

La lucha contra la violencia de género debe formar parte del compromiso de los centros sanitarios y de todos los profesionales que trabajan en ellos.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*.

2. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Recursos y materiales para la prevención y atención de la violencia contra las mujeres.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recursos sobre violencia contra las mujeres y respuesta del sector sanitario.

4. Naciones Unidas. Recursos sobre prevención y eliminación de la violencia contra las mujeres.

Bullying en el entorno sanitario: prevención y convivencia profesional para personal sanitario y no sanitario

Introducción

Las relaciones interpersonales tienen una gran importancia en el entorno laboral, especialmente en los centros sanitarios, donde diferentes profesionales deben colaborar de forma continua. Un ambiente basado en el respeto y la comunicación favorece el bienestar de los trabajadores y el correcto funcionamiento de los equipos. Por el contrario, las conductas reiteradas de intimidación, humillación, aislamiento o desprecio pueden deteriorar el clima laboral y afectar a la salud de las personas.

Aunque el término bullying se utiliza principalmente para describir situaciones de acoso entre iguales en el ámbito escolar, determinadas conductas similares pueden aparecer también en el entorno profesional. En estos casos, resulta más apropiado hablar de acoso laboral cuando existe una conducta hostil, reiterada

y perjudicial. La prevención debe implicar tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre las conductas de acoso y violencia psicológica en el entorno laboral, prestando especial atención a sus manifestaciones, consecuencias y medidas preventivas. Se consideraron recomendaciones de organismos especializados en seguridad y salud laboral, así como estrategias destinadas a fomentar relaciones profesionales respetuosas y una adecuada convivencia.

Resultados

La revisión muestra que las conductas de acoso pueden manifestarse de diferentes formas. Entre ellas se encuentran las burlas reiteradas, comentarios despectivos, aislamiento deliberado, difusión de rumores, cuestionamiento constante de la capacidad profesional o exclusión de actividades necesarias para desarrollar correctamente el trabajo.

Estas situaciones pueden afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario. Un profesional puede sentirse sometido a presión, inseguridad o rechazo dentro de su equipo,

independientemente de las funciones que desempeñe. Cuando estas conductas se mantienen en el tiempo, pueden provocar estrés, ansiedad, pérdida de motivación, dificultades de concentración y deterioro de las relaciones laborales.

La prevención comienza por establecer unas normas claras de convivencia. El respeto hacia los compañeros debe mantenerse independientemente de la categoría profesional, antigüedad, puesto o nivel de responsabilidad. Las diferencias de opinión son normales en cualquier equipo, pero deben resolverse mediante una comunicación profesional y nunca mediante insultos, amenazas o humillaciones.

La comunicación constituye una herramienta fundamental. Expresar desacuerdos de forma respetuosa, escuchar a los demás y evitar comentarios ofensivos contribuye a prevenir conflictos. También es importante no normalizar determinadas conductas bajo la consideración de que forman parte del ambiente laboral o de que se trata simplemente de bromas.

Los responsables de los equipos tienen un papel especialmente importante. Deben favorecer un clima de confianza, detectar posibles situaciones problemáticas y actuar de acuerdo con los procedimientos establecidos. La existencia de canales de comunicación seguros y confidenciales facilita que los trabajadores puedan solicitar ayuda cuando consideren que están siendo objeto de conductas inadecuadas.

La formación en prevención de riesgos psicosociales, comunicación y resolución de conflictos puede ayudar a identificar precozmente estas situaciones. Asimismo, los trabajadores deben conocer los recursos disponibles en su organización y saber a quién acudir ante un posible caso de acoso.

Conclusiones

La prevención del bullying y de otras formas de acoso en el entorno profesional requiere construir una cultura basada en el respeto, la comunicación y la colaboración. Ninguna conducta de intimidación, humillación o aislamiento debe considerarse normal dentro de un equipo de trabajo.

El personal sanitario y no sanitario comparte la responsabilidad de contribuir a un ambiente laboral saludable. La detección precoz, la comunicación de las situaciones problemáticas y la actuación conforme a los protocolos establecidos permiten proteger a las personas afectadas y mejorar la convivencia profesional.

Promover relaciones respetuosas no solo favorece el bienestar de los trabajadores, sino que también facilita el trabajo en equipo y contribuye a ofrecer una atención sanitaria de mayor calidad.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre riesgos psicosociales, violencia y acoso en el trabajo.

2. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190).

3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Recursos sobre riesgos psicosociales y salud mental en el trabajo.

4. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Recursos sobre prevención de riesgos laborales y riesgos psicosociales.

Higiene de manos en el entorno sanitario: responsabilidad compartida del personal sanitario y no sanitario

Introducción

La higiene de manos es una de las medidas más sencillas y eficaces para prevenir la transmisión de microorganismos en los centros sanitarios. Aunque tradicionalmente se relaciona principalmente con la actividad asistencial, también constituye una práctica importante para el personal no sanitario que desarrolla su trabajo en contacto con pacientes, usuarios, profesionales, documentación, equipos y diferentes espacios del centro.

Las manos pueden actuar como vehículo de transmisión de microorganismos entre personas y superficies. Por ello, realizar una higiene adecuada y en los momentos necesarios contribuye a proteger tanto a los pacientes como a los trabajadores. La prevención de infecciones debe entenderse como una responsabilidad compartida por todo el personal.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre la importancia de la higiene de manos como medida de prevención y control de infecciones en el entorno sanitario. Se consideraron recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, prestando especial atención a los momentos en los que debe realizarse la

higiene de manos, las técnicas disponibles y la importancia de la formación del personal sanitario y no sanitario.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que las manos pueden contaminarse durante las actividades habituales, incluso cuando no existe contacto visible con suciedad. El contacto con pacientes, superficies, objetos de uso frecuente o determinados materiales puede favorecer la transmisión de microorganismos.

En el personal sanitario, la higiene de manos resulta fundamental antes y después del contacto con el paciente, antes de realizar determinadas actuaciones y después de situaciones en las que exista riesgo de exposición a fluidos corporales. Debe utilizarse la técnica adecuada y seleccionarse el lavado con agua y jabón o la solución hidroalcohólica según las circunstancias.

El personal no sanitario también desempeña un papel relevante. Profesionales de recepción, administración, información, atención al usuario y otros servicios pueden mantener contacto frecuente con personas y objetos compartidos. Incorporar la higiene de manos a las rutinas laborales contribuye a disminuir las posibilidades de transmisión y refuerza la cultura de prevención dentro del centro.

La técnica correcta requiere prestar atención a todas las superficies de las manos, incluyendo palmas, dorsos, espacios interdigitales, pulgares y puntas de los dedos. Cuando se utiliza solución hidroalcohólica, debe aplicarse una cantidad suficiente y realizarse la fricción hasta que las manos estén secas. Cuando las manos están visiblemente sucias, el lavado con agua y jabón constituye la opción indicada.

También es importante mantener las uñas cortas y limpias y evitar elementos que puedan dificultar una correcta higiene. Los productos utilizados deben estar disponibles y accesibles en los lugares donde sean necesarios, facilitando que los trabajadores puedan incorporarlos a su actividad cotidiana.

La formación y la sensibilización son esenciales para conseguir una adecuada adherencia. No basta con conocer la importancia de esta medida; es necesario convertirla en un hábito. La existencia de recordatorios, campañas internas y disponibilidad de productos puede favorecer su cumplimiento.

Conclusiones

La higiene de manos constituye una medida básica de seguridad que debe formar parte de la actividad cotidiana de todo centro sanitario. Su importancia no se limita al personal que realiza procedimientos asistenciales, sino que incluye también al personal no sanitario que participa en la atención y funcionamiento del centro.

Una correcta higiene de manos protege a trabajadores y usuarios y contribuye a prevenir la transmisión de infecciones. La formación, la accesibilidad a los productos y la responsabilidad individual y colectiva son elementos fundamentales para consolidar una verdadera cultura de prevención.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). *WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). *My 5 Moments for Hand Hygiene*.
3. Ministerio de Sanidad. Documentación y recomendaciones sobre higiene de manos y prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre prevención y protección de la salud en el entorno laboral.

Cultura preventiva en el entorno sanitario: seguridad para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La prevención de riesgos laborales constituye una parte fundamental de la actividad diaria en los centros sanitarios. Las características de estos entornos hacen que puedan existir múltiples situaciones de riesgo, tanto para quienes realizan funciones asistenciales como para quienes desarrollan tareas administrativas, de atención al público, mantenimiento o apoyo. Por ello, la seguridad laboral debe considerarse una responsabilidad compartida.

Una adecuada cultura preventiva no consiste únicamente en cumplir normas, sino en desarrollar hábitos que permitan identificar los peligros antes de que se produzca un accidente. La participación de todo el personal sanitario y no sanitario es esencial para detectar deficiencias, comunicar situaciones inseguras y aplicar medidas destinadas a proteger la salud de los trabajadores.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de los principales elementos relacionados con la cultura preventiva en el entorno sanitario. Se analizaron los riesgos asociados a las actividades habituales del personal sanitario y no sanitario, así como las

principales medidas de prevención, formación, información y comunicación necesarias para favorecer un entorno de trabajo seguro.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que la identificación precoz de los riesgos es uno de los pilares de la prevención. Entre los riesgos más frecuentes se encuentran las caídas, golpes, cortes, exposición a agentes biológicos o químicos, sobreesfuerzos, posturas inadecuadas y factores relacionados con la organización del trabajo.

El personal sanitario puede estar expuesto a riesgos derivados de la atención directa a pacientes, movilización de personas, utilización de material sanitario o contacto con fluidos biológicos. El cumplimiento de los procedimientos establecidos, la higiene de manos, la utilización adecuada de equipos de protección y la correcta eliminación de residuos son medidas esenciales.

En el caso del personal no sanitario, los riesgos pueden estar relacionados con el trabajo con pantallas, la permanencia prolongada en una misma postura, la atención a usuarios, los desplazamientos por el centro o la manipulación de documentación y equipos. También deben considerarse los riesgos psicosociales, especialmente cuando existen situaciones de elevada carga de trabajo, estrés o conflictos interpersonales.

Una cultura preventiva eficaz requiere que los trabajadores conozcan los riesgos específicos de su puesto. La formación inicial y continuada permite adquirir conocimientos y habilidades para realizar las tareas de forma segura. Asimismo, los responsables deben facilitar instrucciones claras y garantizar que los medios de protección necesarios estén disponibles y en condiciones adecuadas.

La comunicación de incidentes y situaciones peligrosas constituye otra herramienta fundamental. Informar de un suelo mojado, un equipo defectuoso, una deficiencia en las instalaciones o cualquier otra circunstancia insegura permite intervenir antes de que se produzca un accidente. La comunicación debe entenderse como una oportunidad de mejora y no como una búsqueda de culpables.

También resulta importante fomentar la participación de los trabajadores. Las personas que realizan diariamente una determinada tarea pueden identificar problemas que no siempre son evidentes en una evaluación inicial. Escuchar sus propuestas permite adaptar las medidas preventivas a las necesidades reales de cada puesto.

Conclusiones

La prevención de riesgos laborales debe formar parte de la cultura de cualquier organización sanitaria. Identificar los peligros, conocer las medidas preventivas

y comunicar las situaciones inseguras son actuaciones que deben integrarse en la rutina profesional.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario desempeñan un papel fundamental en la construcción de un entorno laboral seguro. La formación, la participación y la responsabilidad compartida permiten reducir accidentes, proteger la salud y mejorar las condiciones de trabajo. Una verdadera cultura preventiva comienza cuando cada profesional entiende que la seguridad propia y la de los demás depende también de sus actuaciones cotidianas.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre prevención de riesgos laborales y seguridad y salud en el trabajo.
2. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Seguridad y salud en el trabajo.
3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Recursos sobre prevención de riesgos laborales y gestión de la seguridad.
4. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Prevención de riesgos laborales y protección de la salud de las personas trabajadoras.

Protección de datos en el entorno sanitario: confidencialidad y seguridad para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La protección de datos constituye un elemento esencial en el funcionamiento de los centros sanitarios. La actividad asistencial y administrativa implica manejar diariamente información personal y datos relativos a la salud, considerados especialmente sensibles. Su tratamiento debe realizarse con responsabilidad, garantizando la confidencialidad, la integridad y la seguridad de la información.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario pueden tener acceso a datos de pacientes y usuarios. Por ello, la protección de la información no corresponde únicamente a los profesionales que realizan actividades asistenciales, sino que representa una responsabilidad compartida por todas las personas que trabajan en la organización.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre la protección de datos personales en el ámbito sanitario. Se analizaron los principales riesgos relacionados con el acceso, utilización, almacenamiento y comunicación de información, así como las medidas preventivas aplicables al personal sanitario y no sanitario. Se

tuvieron en cuenta los principios generales establecidos en la normativa vigente sobre protección de datos y seguridad de la información.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que uno de los principales riesgos es el acceso a información sin una justificación profesional. Cada trabajador debe consultar únicamente los datos necesarios para desarrollar las funciones que tiene asignadas. La curiosidad o el interés personal nunca constituyen motivos adecuados para acceder a la información de un paciente o compañero.

El personal sanitario maneja habitualmente historias clínicas, resultados de pruebas, diagnósticos, tratamientos y otros datos relacionados con la salud. El personal no sanitario puede acceder, según sus funciones, a datos identificativos, citas, documentación administrativa o información necesaria para la gestión de los servicios. En ambos casos, el acceso debe limitarse a las necesidades del puesto.

También es importante mantener la confidencialidad en los espacios de trabajo. Las conversaciones sobre pacientes no deben realizarse en lugares donde puedan ser escuchadas por personas ajenas. Asimismo, los documentos que contengan información personal deben mantenerse protegidos y no deben dejarse expuestos sobre mesas, mostradores o impresoras.

En el entorno digital es necesario adoptar medidas de seguridad básicas. Los usuarios deben utilizar sus propias credenciales, evitar compartir contraseñas y bloquear los equipos cuando se ausenten del puesto. Tampoco deben utilizarse dispositivos o aplicaciones no autorizadas para almacenar o enviar información sanitaria.

La comunicación de datos requiere igualmente especial atención. Antes de proporcionar información por teléfono, correo electrónico u otros medios, es necesario seguir los procedimientos establecidos por la organización y comprobar que la comunicación está permitida.

En caso de duda, debe consultarse al responsable correspondiente.

La formación resulta fundamental para prevenir incidentes. Todos los trabajadores deben conocer las normas internas, los procedimientos de seguridad y las consecuencias que puede tener un uso inadecuado de la información. Además, cualquier pérdida, acceso indebido o comunicación accidental de datos debe ser comunicada rápidamente siguiendo el protocolo establecido.

Conclusiones

La protección de datos en el ámbito sanitario requiere la implicación de todo el personal. La confidencialidad no depende exclusivamente de quienes trabajan

directamente con los pacientes, sino también de quienes realizan tareas administrativas, de atención al usuario y de apoyo.

Limitar los accesos, proteger la documentación, utilizar correctamente los sistemas informáticos y actuar con discreción son medidas sencillas que reducen el riesgo de vulneraciones. La formación y la responsabilidad individual contribuyen a crear una verdadera cultura de protección de la información.

Proteger los datos personales significa también respetar la intimidad y la dignidad de pacientes y usuarios. Por ello, el personal sanitario y no sanitario debe incorporar la seguridad y confidencialidad de la información a su práctica profesional cotidiana.

Bibliografía

1. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, Reglamento General de Protección de Datos.
2. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
3. Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Guías y recursos sobre protección de datos en el ámbito sanitario.
4. Ministerio de Sanidad. Recursos relacionados con la seguridad de la información y la protección de datos en el Sistema Nacional de Salud.

Confidencialidad y protección de datos en pruebas diagnósticas y resultados clínicos para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Las pruebas diagnósticas forman parte esencial de la actividad sanitaria. Analíticas, radiografías, resonancias, ecografías, estudios anatomopatológicos, pruebas funcionales y otros procedimientos generan información clínica de gran relevancia para el diagnóstico, seguimiento y tratamiento de los pacientes.

Los resultados obtenidos pueden incluir datos especialmente sensibles relacionados con enfermedades, alteraciones genéticas, infecciones, tratamientos, pronósticos o circunstancias personales. Por este motivo, su manejo debe realizarse con estrictas garantías de confidencialidad y privacidad.

La protección de esta información no corresponde únicamente al personal sanitario. Técnicos, administrativos, celadores, personal de archivo, informática, mantenimiento y otros trabajadores pueden intervenir en la solicitud, programación, realización, traslado, registro o entrega de resultados.

Cada una de estas fases puede generar riesgos: documentos abandonados, resultados enviados al destinatario equivocado, pantallas visibles, conversaciones en zonas comunes o accesos injustificados a sistemas informáticos.

Garantizar la confidencialidad durante todo el proceso diagnóstico permite proteger los derechos de los pacientes y mantener la confianza en los profesionales y las instituciones sanitarias.

- **Metodología**

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión narrativa de normativa y recomendaciones relacionadas con protección de datos personales, confidencialidad sanitaria, documentación clínica y seguridad de la información.

Se tuvieron en cuenta los principios establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La información se organizó en torno a diferentes fases del proceso diagnóstico: solicitud de pruebas, identificación del paciente, realización del procedimiento, acceso a resultados, comunicación de información y gestión de documentación.

- **Resultados**

    - **Solicitud de pruebas diagnósticas**

Las solicitudes de pruebas pueden contener información identificativa y clínica necesaria para orientar el procedimiento.

Estos documentos deben manejarse con las mismas garantías que cualquier otra documentación sanitaria.

No deben dejarse peticiones visibles en mostradores, carros, impresoras o zonas donde puedan ser consultadas por personas no autorizadas.

Cuando la solicitud sea electrónica, el acceso debe realizarse exclusivamente mediante credenciales personales.

    - **Identificación del paciente**

Antes de realizar una prueba debe comprobarse correctamente la identidad del paciente mediante los procedimientos establecidos.

Una identificación incorrecta puede provocar que un resultado quede asociado a otra persona, generando riesgos asistenciales y una posible vulneración de datos.

La comprobación debe realizarse de forma discreta, evitando mencionar en voz alta diagnósticos o circunstancias clínicas innecesarias.

    - **Privacidad durante la realización de pruebas**

La protección de la intimidad también afecta al propio desarrollo del procedimiento.

Algunas pruebas requieren que el paciente se desnude parcialmente, explique información sensible o permanezca en posiciones que pueden comprometer su intimidad.

Deben utilizarse puertas, cortinas, biombos y otras medidas disponibles para limitar la exposición innecesaria.

El acceso al área debe restringirse a las personas que realmente necesiten participar en la prueba.

- **Resultados en pantallas**

Los sistemas informáticos permiten consultar resultados de forma inmediata, pero también pueden exponer información a personas no autorizadas.

Las pantallas deben colocarse adecuadamente y bloquearse cuando el trabajador abandone el puesto.

No deben permanecer abiertos resultados clínicos más tiempo del necesario.

Además, cada profesional debe consultar únicamente aquellas pruebas relacionadas con sus funciones.

- **Acceso a resultados**

La existencia de acceso técnico a los sistemas no autoriza a consultar libremente cualquier resultado.

No deben revisarse pruebas de compañeros, familiares, conocidos o personas de relevancia pública por curiosidad.

Los accesos deben responder siempre a una necesidad asistencial, administrativa o profesional legítima.

Los sistemas de información pueden registrar la identidad del usuario que consulta los datos y el momento en que lo hace.

- **Entrega de resultados**

La entrega de informes y resultados debe realizarse únicamente a la persona autorizada.

Antes de entregar documentación debe verificarse la identidad siguiendo los procedimientos establecidos.

Cuando otra persona recoja los resultados en nombre del paciente, deberán aplicarse los mecanismos de autorización o representación correspondientes.

Los documentos no deben dejarse preparados en lugares accesibles al público.

- **Comunicación telefónica**

La comunicación de resultados por teléfono requiere especial prudencia.

La identidad del interlocutor debe comprobarse antes de facilitar información.

No debe comunicarse un resultado clínico únicamente porque la persona que llama conozca el nombre del paciente u otros datos básicos.

Cuando la información exceda las competencias del trabajador, la llamada debe derivarse al profesional correspondiente.

- **Correo electrónico y medios digitales**

Cuando los resultados se envíen mediante medios electrónicos deben utilizarse exclusivamente los canales autorizados.

Antes del envío debe comprobarse cuidadosamente el destinatario y asegurarse de que el documento corresponde al paciente correcto.

No deben enviarse resultados a cuentas personales ni mediante aplicaciones de mensajería no autorizadas.

También debe evitarse fotografiar resultados con teléfonos personales.

- **Papel del personal no sanitario**

El personal administrativo puede gestionar citas, imprimir documentación o entregar resultados. Los celadores pueden participar en traslados hacia áreas diagnósticas y el personal informático puede intervenir en sistemas que almacenan información clínica.

Todos ellos están sujetos al deber de confidencialidad.

Cuando conozcan información accidentalmente, no deben comentarla ni utilizarla para fines ajenos a sus funciones.

- **Documentación impresa**

Los informes impresos deben recogerse inmediatamente de impresoras y fotocopiadoras.

Cuando se generen copias innecesarias, estas deben destruirse mediante los sistemas establecidos para documentación confidencial.

No deben depositarse informes, etiquetas o solicitudes en papeleras convencionales si contienen datos identificativos.

- **Resultados especialmente sensibles**

Determinados resultados pueden tener especial impacto sobre la intimidad de la persona, como pruebas genéticas, infecciones, estudios relacionados con salud mental u otras situaciones clínicas.

En estos casos debe extremarse la prudencia en el acceso, comunicación y custodia de la información.

El hecho de que una información sea conocida por varios profesionales no autoriza a comentarla con personas que no intervienen en la atención o gestión correspondiente.

- **Comunicación de errores**

Si un resultado se entrega a la persona equivocada, se registra en un paciente incorrecto o se envía a un destinatario no autorizado, el incidente debe comunicarse inmediatamente.

Una actuación rápida puede permitir recuperar la documentación, corregir registros o limitar la difusión de la información.

Ocultar el error puede aumentar las consecuencias para el paciente y para la organización.

- **Conclusión**

Las pruebas diagnósticas generan información especialmente relevante y sensible que debe protegerse durante todas las fases del proceso.

Desde la solicitud hasta la entrega del resultado, personal sanitario y no sanitario debe garantizar una correcta identificación del paciente, limitar los accesos, proteger las pantallas, custodiar la documentación y utilizar únicamente canales autorizados para comunicar información.

La confidencialidad también implica respetar la intimidad física del paciente durante la realización de determinadas pruebas y evitar conversaciones innecesarias sobre sus resultados.

Muchas vulneraciones pueden prevenirse mediante medidas sencillas: bloquear una pantalla, comprobar un destinatario, retirar un informe de la impresora o verificar la identidad antes de entregar documentación.

Integrar estas prácticas en la actividad cotidiana permite compatibilizar una atención diagnóstica eficiente con el respeto a la privacidad y la dignidad de las personas atendidas.

- **Bibliografía**

- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos**.
- España. **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**. *Boletín Oficial del Estado*.

- España. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. *Boletín Oficial del Estado*.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para profesionales del sector sanitario**. Madrid: AEPD.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad**. Madrid: AEPD.

Guía de acompañamiento y asistencia a personas ciegas o con discapacidad visual para personal sanitario y no sanitario

La experiencia de acudir a un hospital, centro de salud o clínica de especialidades puede resultar abrumadora para cualquier ciudadano. Sin embargo, para una persona ciega o con baja visión, las dificultades se multiplican exponencialmente. El entorno sanitario, caracterizado por una constante evolución arquitectónica, pasillos simétricos, señalización predominantemente visual y un flujo continuo de personas y camillas, se convierte a menudo en un laberinto lleno de obstáculos físicos y comunicativos.

La verdadera accesibilidad universal no se limita a la instalación de pavimentos podotáctiles o ascensores con voz; reside, fundamentalmente, en la actitud, la empatía y la capacitación del personal que da vida a las instituciones. Tanto el **personal sanitario** (médicos, enfermeros, técnicos, auxiliares) como el **personal no sanitario** (admisión, seguridad, celadores, limpieza, administración) desempeñan un papel decisivo en la autonomía, seguridad y dignidad del paciente con discapacidad visual.

A través de esta guía, se exponen de manera práctica y basada en la evidencia las pautas esenciales de interacción, guiado y asistencia para lograr un entorno de salud verdaderamente inclusivo.

1. Conceptos fundamentales y diversidad del colectivo

Para ofrecer una atención de calidad, el primer paso es comprender que la discapacidad visual no es una condición homogénea. No todas las personas bajo este espectro experimentan la misma realidad:

- **Ceguera total (o amaurosis):** Personas que no tienen percepción de luz o que, teniéndola, no pueden localizar el origen de la misma. Dependen completamente de sistemas táctiles (como el braille, el bastón o el perro guía) y de la audición para orientarse.
- **Baja visión (o déficit visual grave):** Personas que conservan un resto visual útil. Este grupo es extremadamente diverso. Algunas personas sufren de **pérdida de visión central** (pueden ver los lados pero no el centro, común en la degeneración macular), mientras que otras presentan **visión en túnel** (pérdida de la visión periférica, común en el glaucoma avanzado). Otras pueden experimentar una pérdida severa de la agudeza visual generalizada o de la sensibilidad al contraste.

Regla de oro: Nunca asuma el grado de visión de un paciente. Pregunte siempre de manera natural: *«¿De qué manera puedo facilitarle la lectura o el desplazamiento?»* o *«¿Cuánto alcance visual tiene en este momento?»*.

2. Pautas universales de comunicación e interacción

La comunicación con una persona con discapacidad visual requiere adaptar nuestros canales habituales, sustituyendo los gestos y miradas por la precisión de la palabra hablada.

- **Identifíquese inmediatamente:** Al entrar en una habitación, consulta o al interactuar en un mostrador, preséntese con su nombre y su función. Por ejemplo: *«Buenos días, soy María, la enfermera que le va a tomar la tensión hoy»*. De esta manera, el paciente sabe con quién habla y qué esperar.
- **Hable directamente al paciente:** Nunca se dirija exclusivamente al acompañante si el paciente está presente. El déficit visual no afecta la capacidad cognitiva ni la autonomía para tomar decisiones sobre su propia salud.
- **Avise antes de retirarse:** Un error muy común es salir de la consulta o de la habitación de planta en silencio, dejando al paciente hablando solo. Indique siempre de forma verbal que se marcha: *«Voy a salir un momento a buscar los resultados, vuelvo en dos minutos»*.
- **Utilice lenguaje descriptivo y preciso:** Evite por completo palabras espaciales imprecisas como *"allí"*, *"ahí"* o *"aquello"*, acompañadas de señalamientos con la mano. Sustitúyalas por referencias concretas: *«La silla para sentarse está a su izquierda, a unos dos pasos de usted»* o *«La puerta de salida queda justo detrás de su hombro derecho»*.
- **No tema usar palabras cotidianas:** Expresiones como *"mira"*, *"ver"* o *"fíjate"* forman parte del lenguaje común. Las personas ciegas las utilizan

con total naturalidad; intentar evitarlas suele generar conversaciones forzadas e incómodas.

3. Guía de acompañamiento físico y movilización

Para el personal no sanitario (celadores, personal de seguridad y auxiliares de recepción) y el personal de enfermería, el traslado seguro del paciente es una tarea recurrente. Existe una técnica estandarizada internacionalmente para el guiado físico:

A. La técnica del guía benefactor

- **Ofrezca su ayuda, no la imponga:** Antes de tocar a la persona, pregunte: *«¿Le gustaría que le acompañe?»*. Si acepta, ofrézcale su brazo. **Nunca agarre al paciente del brazo, de la ropa o del bastón para empujarlo o arrastrarlo.**
- **Punto de contacto:** El paciente debe agarrarse de su brazo, justo por encima del codo. Esto le permite colocarse automáticamente un paso por detrás de usted, lo que le da tiempo suficiente para reaccionar a sus movimientos.
- **Paso y ritmo:** Camine a un ritmo constante y natural. Al llegar a un obstáculo, un bordillo o un escalón, deténgase un segundo antes de superarlo y descríbalo verbalmente: *«Vamos a bajar tres escalones ahora»*.
- **Paso por zonas estrechas:** Si el pasillo o la puerta por la que van a transitar es estrecha, desplace su brazo hacia atrás (colocándolo detrás de su espalda). El paciente entenderá la señal táctil y se colocará exactamente detrás de usted para pasar en fila de a uno.

B. Cómo facilitar el asiento

Al acompañar al paciente a una silla en la sala de espera o en la consulta:

- No empuje al paciente hacia el asiento.
- Coloque la mano del paciente sobre el respaldo o el reposabrazos de la silla. Al tocar la estructura, la persona podrá calcular de forma autónoma la altura, la orientación del asiento y sentarse por sí misma de manera segura.

4. Adaptaciones en la consulta clínica y la hospitalización

El personal sanitario debe adaptar el entorno clínico para mitigar los riesgos de caídas y optimizar el proceso de diagnóstico y tratamiento.

A. Organización del entorno físico

- **Mantener el orden riguroso:** Las puertas de la consulta o de la habitación de hospitalización deben estar o completamente abiertas o completamente cerradas. Una puerta entreabierta es un peligro de colisión severo.
- **Evitar obstáculos móviles:** No deje papeleras, carros de curas o camillas en medio de las zonas de paso habituales. Si se realiza un cambio en la distribución del mobiliario de la habitación, informe de inmediato al paciente ingresado.

B. Medicación e indicaciones médicas

La gestión autónoma de los medicamentos es uno de los mayores retos para los pacientes con déficit visual grave al regresar a sus hogares.

- **Rotulación accesible:** Si el paciente conserva resto visual, escriba las dosis con rotulador negro de trazo grueso sobre fondo blanco, usando un tamaño de letra grande y legible (fuentes sans-serif como Arial, mínimo tamaño 16).
- **Uso de tecnología y Braille:** La mayoría de las cajas de medicamentos en la Unión Europea cuentan con el nombre del fármaco en braille. No obstante, las instrucciones de dosificación no lo están. Recomiende el uso de aplicaciones móviles de reconocimiento de texto (como *Seeing AI* o *Envision AI*) o ayude al paciente a marcar las cajas con gomitas elásticas o marcas táctiles (por ejemplo, una goma para la mañana, dos para la noche).

5. El respeto al perro guía

Los perros guía son animales de trabajo rigurosamente adiestrados, no mascotas. Tienen el derecho legal de acceder a todos los espacios de uso público, incluidos los centros de salud, consultas y hospitales (con excepciones muy limitadas como quirófanos o unidades de cuidados intensivos debido a condiciones estrictas de esterilidad).

- **Mientras lleve el arnés puesto, está trabajando:** No lo acaricie, no le silbe, no le ofrezca comida ni intente llamar su atención. Cualquier distracción puede poner en riesgo la seguridad de su usuario.
- **Ubicación en consulta:** Durante la consulta o la estancia en una sala de espera, el perro se tumbará habitualmente a los pies de su dueño. Facilite el espacio necesario para que ambos estén cómodos.

6. Resumen de buenas y malas prácticas

ACCION RECOMENDADA (SÍ)	ACCION A EVITAR (NO)
Presentarse con voz clara al entrar a la consulta: *«Hola, soy el Dr. Ruiz»*.	Entrar en silencio y comenzar a manipular instrumental clínico o tocar al paciente directamente sin avisar.
Explicar detalladamente cada paso antes de una exploración: *«Voy a colocarle un gel frío en el pecho para hacer la ecografía»*.	Realizar procedimientos físicos de improviso, lo que puede provocar reflejos de defensa o sobresaltos en el paciente.
Describir la comida en la bandeja de hospitalización usando el sistema del reloj: *«La carne está a las 6, las patatas a las 10 y el agua a las 2»*.	Dejar la bandeja de comida sobre la mesa auxiliar del hospital e irse de la habitación sin dar ninguna indicación.
Preguntar al paciente si prefiere recibir los informes impresos en letra grande o en formato digital accesible para lectores de pantalla.	Entregar un fajo de papeles impresos en letra pequeña dando por sentado que un familiar los leerá por él.

Conclusión

La asistencia de calidad a las personas con discapacidad visual en el ámbito de la salud no depende de adaptaciones tecnológicas de alto coste, sino de la adopción de protocolos sencillos de interacción humana y comunicación verbal.

Cuando el personal de un hospital o clínica se encuentra formado, coordina sus esfuerzos y aplica un trato empático y descriptivo, se elimina la mayor barrera que experimentan estos pacientes: la incertidumbre. Cuidar con excelencia significa garantizar que cada paciente, sin importar su nivel de visión, mantenga el control sobre sus decisiones, su movilidad y su dignidad a lo largo de todo el proceso asistencial.

Bibliografía

- **Organización Nacional de Ciegos Españoles (ONCE).** *Guía de atención a personas con discapacidad visual en centros sanitarios*. Madrid: Dirección General de la ONCE; 2021.
- **Real Patronato sobre Discapacidad.** *Accesibilidad y comunicación en el entorno sanitario: Pautas para la inclusión de personas con discapacidad sensorial*. Madrid: Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030; 2023.
- **World Health Organization (WHO).** *World report on vision*. Ginebra: OMS; 2019.
- **O'Connor, P. M., & Gallagher, R.** *Caring for patients with visual impairment in acute care settings: A guide for nurses and allied health professionals*. Journal of Clinical Nursing. 2021;30(11-12):1503-1512.

- **Royal National Institute of Blind People (RNIB).** *Healthcare promotion and visual impairment: Accessible healthcare standards*. Londres: RNIB; 2022.

Confidencialidad y protección de la información en el traslado y derivación de pacientes para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

El traslado de pacientes dentro de un centro sanitario o su derivación a otros servicios implica el intercambio de información clínica y administrativa necesaria para garantizar la continuidad asistencial. Durante este proceso pueden intervenir profesionales sanitarios y no sanitarios, como médicos, enfermeras, TCAE, técnicos, celadores, personal administrativo, transporte sanitario y otros trabajadores.

La información que acompaña al paciente puede incluir diagnósticos, tratamientos, alergias, resultados de pruebas, antecedentes, datos de identificación y otra documentación especialmente sensible. Por ello, su transmisión debe realizarse respetando los principios de confidencialidad, seguridad y minimización de datos.

Los traslados entre plantas, servicios diagnósticos, quirófanos, consultas, centros sociosanitarios u otros hospitales pueden generar situaciones de riesgo. Documentos visibles, conversaciones en pasillos, informes abandonados en camillas o datos comunicados delante de terceros pueden provocar accesos no autorizados.

La protección de la intimidad del paciente debe mantenerse durante todo el recorrido asistencial. No basta con proteger la historia clínica dentro de una

consulta o unidad; también es necesario garantizar la confidencialidad durante los desplazamientos y las transferencias de información.

- **Metodología**

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión narrativa de los principales criterios relacionados con confidencialidad, documentación clínica, protección de datos y continuidad asistencial.

Se tomaron como referencia los principios establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

La información se estructuró en torno a diferentes momentos del traslado: preparación del paciente, documentación acompañante, comunicación entre profesionales, transporte interno, derivación externa y gestión de posibles incidencias.

- **Resultados**

  - **Preparación del traslado**

Antes de realizar un traslado debe comprobarse correctamente la identidad del paciente y verificar el destino.

Los errores de identificación pueden provocar que una persona sea conducida a un servicio incorrecto o que se entregue documentación perteneciente a otro paciente.

La comprobación debe realizarse mediante los sistemas establecidos por el centro, evitando utilizar datos innecesarios o hacer preguntas en voz alta cuando puedan ser escuchadas por otras personas.

  - **Información necesaria para el traslado**

El personal implicado debe conocer únicamente la información imprescindible para realizar el traslado de forma segura.

Por ejemplo, puede resultar necesario conocer si el paciente requiere oxígeno, aislamiento, determinadas precauciones, ayuda especial para movilización o vigilancia durante el trayecto.

Sin embargo, no siempre es necesario conocer el diagnóstico completo o antecedentes que no afectan al traslado.

Aplicar el principio de minimización permite reducir la exposición innecesaria de información confidencial.

  - **Documentación clínica en papel**

Cuando el paciente deba llevar documentación física, esta debe transportarse de forma que no quede visible ni accesible a terceros.

Los informes no deben colocarse sobre la cama, camilla o silla de ruedas de forma que otras personas puedan leerlos.

Siempre que sea posible deben utilizarse sobres, carpetas o sistemas de transporte diseñados para proteger la documentación.

Una vez finalizado el traslado, debe comprobarse que la documentación ha sido entregada al profesional o unidad correspondiente.

- **Comunicación entre profesionales**

La transferencia de información entre profesionales resulta esencial para garantizar la seguridad del paciente.

Debe comunicarse aquella información relevante para continuar correctamente la atención: situación clínica, cuidados pendientes, riesgos identificados, alergias, tratamientos importantes o precauciones especiales.

Esta comunicación debe realizarse evitando zonas donde pueda ser escuchada por pacientes, familiares o personas ajenas.

Los pasillos, ascensores y salas de espera no son lugares adecuados para comentar información clínica detallada.

- **Traslados en ascensores y zonas comunes**

Durante el desplazamiento pueden coincidir pacientes, trabajadores, familiares y visitantes.

Debe evitarse mantener conversaciones sobre diagnósticos, tratamientos o circunstancias personales mientras se utiliza un ascensor o se atraviesan zonas comunes.

Si resulta imprescindible comunicar una información urgente, debe utilizarse un lenguaje discreto y limitar los datos a lo necesario.

La confidencialidad también implica evitar comentarios informales sobre el paciente durante el recorrido.

- **Papel del personal de celadores**

Los celadores intervienen frecuentemente en traslados internos y pueden conocer información sobre el estado del paciente.

La información facilitada debe limitarse a aquella necesaria para realizar el desplazamiento con seguridad.

Si durante el traslado conocen datos clínicos o personales, estos deben permanecer bajo estricta confidencialidad.

No deben comentarse posteriormente con compañeros que no participen en la atención ni con personas externas al centro.

- **Derivaciones a otros centros**

Cuando un paciente es trasladado a otro hospital, centro sociosanitario o recurso asistencial, puede ser necesario transmitir información clínica más amplia.

La documentación debe enviarse mediante los canales autorizados y al destinatario correcto.

Antes de entregar o enviar informes debe comprobarse que corresponden al paciente adecuado y al centro receptor previsto.

La información debe limitarse a la necesaria para garantizar la continuidad de la asistencia.

- **Transporte sanitario**

En ambulancias y otros medios de transporte sanitario también deben respetarse los principios de privacidad.

Los informes y documentos deben custodiarse adecuadamente y las conversaciones entre profesionales deben realizarse con discreción.

Cuando el transporte sea compartido o existan acompañantes, debe extremarse la prudencia al comunicar información clínica.

- **Información a familiares durante el traslado**

Los acompañantes pueden preguntar por el destino, estado clínico o pruebas que se realizarán al paciente.

Cada trabajador debe limitarse a facilitar la información que esté autorizado a comunicar dentro de sus funciones.

Cuando se soliciten explicaciones clínicas que excedan sus competencias, debe derivarse la consulta al profesional correspondiente.

No debe improvisarse información para responder rápidamente a una pregunta.

- **Uso de dispositivos electrónicos**

Cuando la información del traslado se gestiona mediante dispositivos móviles, tabletas o aplicaciones, deben utilizarse únicamente los sistemas autorizados.

Los dispositivos deben permanecer protegidos frente a accesos no autorizados y no deben dejarse sin supervisión.

No es recomendable realizar fotografías de informes o pantallas con teléfonos personales para facilitar el traslado.

- **Incidencias durante la transferencia**

Puede producirse la pérdida de un documento, la entrega de información a una unidad equivocada o el envío de datos a un destinatario incorrecto.

Estas situaciones deben comunicarse inmediatamente a través de los procedimientos establecidos.

Una actuación rápida puede permitir recuperar la documentación o limitar el acceso no autorizado.

Ocultar el incidente puede aumentar sus consecuencias.

- **Conclusión**

Los traslados y derivaciones de pacientes representan momentos especialmente sensibles desde el punto de vista de la confidencialidad.

Durante estos procesos intervienen múltiples profesionales y la información puede salir temporalmente del entorno habitual de la unidad, aumentando el riesgo de pérdida, exposición o comunicación indebida.

Personal sanitario y no sanitario debe limitar la información compartida a la necesaria, custodiar correctamente los documentos, evitar conversaciones clínicas en zonas comunes y utilizar únicamente sistemas autorizados para transmitir datos.

La correcta identificación del paciente y del destinatario de la información constituye también una medida esencial.

Integrar la protección de la privacidad en los procedimientos de traslado permite garantizar simultáneamente la continuidad asistencial y el respeto a los derechos de las personas.

La confidencialidad debe acompañar al paciente en todo momento, independientemente del servicio, profesional o centro por el que transite.

- **Bibliografía**

- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos**.
- España. **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**. *Boletín Oficial del Estado*.
- España. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**. *Boletín Oficial del Estado*.

- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para profesionales del sector sanitario**. Madrid: AEPD.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad**. Madrid: AEPD.

Cuando la presión desborda el sistema: el Síndrome de Burnout en el personal sanitario y no sanitario

El entorno institucional e institucional-sanitario se enfrenta a un desafío estructural que amenaza su pilar más valioso: la salud mental de sus trabajadores. Las situaciones de alta presión —intensificadas crónicamente tras crisis sanitarias globales, repuntes asistenciales y la falta endémica de recursos— han consolidado el **Síndrome de Burnout** (o de desgaste profesional) no como una excepción, sino como una realidad sistémica.

Suele cometerse el error de evaluar este problema fijándose únicamente en la primera línea clínica. Sin embargo, la literatura científica contemporánea demuestra que el fenómeno se extiende de manera uniforme y alarmante tanto al **personal sanitario** (médicos, enfermeros, técnicos) como al **personal no sanitario** (personal administrativo, celadores, servicios de limpieza, mantenimiento y personal de gestión). El engranaje completo sufre el desgaste de la alta presión asistencial y organizativa.

1. Definición del fenómeno bajo entornos de presión

El síndrome de burnout está clasificado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) como un fenómeno ocupacional resultante del estrés crónico en el lugar de trabajo que no se ha gestionado con éxito. Clásicamente, se define mediante la tríada formulada por Maslach y Jackson:

- **Agotamiento emocional:** La sensación de no poder dar más de sí mismo a nivel afectivo y psicológico, con una pérdida severa de energía física y mental.
- **Despersonalización o cinismo:** El desarrollo de actitudes distantes, frías o incluso apáticas hacia los receptores del servicio (pacientes, usuarios o compañeros), actuando como un mecanismo de defensa disfuncional.
- **Baja realización personal:** La autopercepción de ineficacia profesional, la pérdida de motivación y el sentimiento de que los esfuerzos diarios carecen de valor o impacto real.

Bajo condiciones de alta presión, estas tres dimensiones actúan de manera escalonada, deteriorando no solo la salud biopsicosocial del individuo, sino también la calidad de la atención y la seguridad global de la institución.

2. Prevalencia en el personal sanitario: la primera línea del desgaste

El personal asistencial vive en un escenario de exposición directa al sufrimiento, a decisiones críticas bajo presión de tiempo y a jornadas laborales prolongadas. Estudios internacionales sitúan la prevalencia global de burnout en este colectivo en rangos que oscilan entre el **35% y más del 60%**, dependiendo de la especialidad y el nivel de colapso del sistema.

Enfermería: el colectivo más expuesto al cuidado continuo

El personal de enfermería reporta de manera sistemática los niveles más altos de **gotamiento emocional**. La carga de trabajo física, los turnos rotatorios, las ratios desfavorables de paciente por enfermero y la cercanía constante con el dolor crónico elevan la prevalencia en este sector. En unidades críticas como Urgencias, Cuidados Intensivos (UCI) u Oncología, diferentes metaanálisis señalan que el burnout llega a afectar hasta a un **40-50%** de los profesionales en activo. El factor detonante principal es la percepción de "cuidado moral herido", que ocurre cuando la presión institucional impide ofrecer la calidad de atención que el paciente necesita.

Personal médico: responsabilidad clínica y frustración sistémica

En el estamento médico, el burnout se manifiesta con altas tasas de **despersonalización**. Las exigencias burocráticas añadidas a la labor clínica, las agendas saturadas en Atención Primaria (donde se han reportado prevalencias superiores al **50%**) y el peso de la responsabilidad legal y vital sobre el diagnóstico generan un estrés crónico insostenible. La literatura científica evidencia que las médicas sufren con mayor frecuencia manifestaciones de agotamiento emocional, mientras que los médicos tienden a puntuar más alto en las escalas de cinismo y distanciamiento.

3. Prevalencia en el personal no sanitario: el motor invisible y olvidado

Una de las mayores lagunas en la gestión del talento institucional ha sido invisibilizar el impacto de la alta presión en el personal no sanitario. Los administrativos, celadores, personal de limpieza, técnicos informáticos y personal directivo intermedio son indispensables para el funcionamiento diario; sin embargo, operan frecuentemente bajo condiciones de alta vulnerabilidad.

Personal administrativo y de atención al usuario

El personal de admisión, recepción y atención telefónica constituye la verdadera "barrera de contención" del descontento social. Cuando el sistema colapsa o los tiempos de espera aumentan, este personal recibe de forma directa la

frustración, la ira y la agresividad de los usuarios. Estudios transversales demuestran que el personal administrativo llega a registrar tasas de burnout cercanas al **30-35%**, asociadas principalmente a la **baja realización personal** y al agotamiento por violencia verbal externa. Carecen del estatus o la compensación vocacional del personal clínico, pero soportan una carga de fricción interpersonal masiva.

Celadores y personal de servicios de apoyo

Los celadores y el personal de limpieza sufren la presión de tiempos estrictos bajo dinámicas de alta rotación (por ejemplo, liberar camas de urgencias o quirófanos en tiempo récord). Su trabajo implica un esfuerzo físico extenuante y una exposición biológica constante, combinada a menudo con una menor autonomía laboral y salarios más bajos. Las investigaciones que comparan ambos sectores demuestran que el riesgo relativo de desarrollar burnout ante la sobrecarga de trabajo es igual de significativo en el personal no clínico, mediado fuertemente por la falta de reconocimiento institucional.

4. Comparativa de factores desencadenantes ante la alta presión

FACTOR DE RIESGO	IMPACTO EN PERSONAL SANITARIO	IMPACTO EN PERSONAL NO SANITARIO
Carga Interpersonal	Alta: Exposición directa al trauma, enfermedad, muerte y familiares.	Alta: Exposición a reclamaciones, quejas, frustración del usuario y asimetría de trato.
Autonomía Laboral	Moderada/Baja: Limitada por protocolos clínicos estrictos y escasez de recursos.	Muy Baja: Tareas altamente estandarizadas con escaso margen de decisión organizativa.
Reconocimiento Social	Alto: Valoración vocacional externa, aunque acompañada de una alta exigencia.	Bajo: Invisibilización de su rol dentro del éxito de los procesos institucionales.
Demandas de Tiempo	Críticas: Decisiones de vida o muerte en minutos; prolongación de jornadas.	Críticas: Exigencia de inmediatez burocrática y flujos organizativos acelerados.

5. Consecuencias para la institución y el paciente/usuario

La alta prevalencia de burnout bajo entornos presivos no es un problema individual; es una patología organizacional que tiene consecuencias directas y medibles:

- **Disminución de la seguridad y calidad:** El personal con burnout comete más errores. En el ámbito sanitario, esto se traduce en errores de medicación o diagnósticos erróneos; en el ámbito no sanitario, genera

fallos administrativos, retrasos en citas críticas y problemas de coordinación logística.

- **Ausentismo y rotación de personal:** El desgaste crónico produce bajas laborales prolongadas por ansiedad o depresión, sobrecargando aún más a los compañeros que se quedan y cronificando el círculo vicioso.
- **Erosión del clima laboral:** El cinismo y la despersonalización deterioran las relaciones interprofesionales. Las tensiones entre el bloque médico, de enfermería y administrativo se agudizan cuando los equipos operan al límite de sus capacidades psicológicas.

6. Estrategias de intervención desde una perspectiva integral

Para mitigar la prevalencia del burnout ante situaciones de alta presión, las instituciones deben abandonar el enfoque punitivo o de resiliencia puramente individual ("mindfulness individual") y adoptar un modelo preventivo e integral:

- **Intervenciones organizacionales:** Ajustar de manera realista las ratios de personal, optimizar los flujos de trabajo burocráticos para descargar las tareas no clínicas y establecer canales claros de comunicación horizontal.
- **Apoyo psicológico estructurado:** Implementar programas estables de salud ocupacional con cribados periódicos (utilizando el *Maslach Burnout Inventory*) y garantizar servicios de soporte psicológico confidenciales para toda la plantilla, sin distinción de categoría profesional.
- **Cultura de reconocimiento transversal:** Fomentar una cultura organizacional que visibilice el valor intrínseco de los servicios no clínicos, disminuyendo las barreras estamentales y mejorando el apoyo percibido por el trabajador.

7. Conclusión

El bienestar del personal sanitario y no sanitario es la piedra angular sobre la que se sostiene la eficiencia y la humanidad de cualquier sistema institucional. Ante situaciones de alta presión, el burnout actúa como un indicador claro de fallas estructurales. Abordar su prevalencia mediante datos científicos, políticas inclusivas y cambios organizacionales no es una opción de gestión de recursos humanos; es una necesidad imperativa para garantizar la sostenibilidad del cuidado y la dignidad del trabajo en el sector salud.

Bibliografía

- **Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., & Braga, F.** (2019). El burnout en profesionales de la salud de Iberoamérica: un estudio comparativo de variables sociodemográficas y laborales. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 35(2), 105-115.

- **Maslach, C., & Jackson, S. E.** (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99-113.
- **Molina-Sánchez, J., & Pérez-García, M.** (2022). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería y apoyo logístico durante crisis asistenciales. *Revista de Psicología de la Salud*, 11(1), 139-154.
- **Organización Mundial de la Salud.** (2019). *Clasificación Internacional de Enfermedades (11.ª revisión)*. OMS.
- **Ruiz Morocho, M. E., Patiño Samaniego, W. K., Mendoza García, B. I., & Aguilar Ruiz, R. P.** (2022). Prevalencia del síndrome de burnout durante la pandemia covid-19 en el personal de salud. *Journal of American Health*, 5(2), 45-58.
- **Shanafelt, T. D., West, C. P., Sinsky, C., et al.** (2022). Changes in Burnout and Satisfaction With Work-Life Integration in Physicians and the General US Working Population Between 2011 and 2021. *Mayo Clinic Proceedings*, 97(12), 2248-2258.
- **West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D.** (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, 283(6), 516-529.

La cultura de la evaluación y la mejora continua como base de la excelencia en las organizaciones sanitarias para personal sanitario y no sanitario

Introducción

Las organizaciones sanitarias desarrollan su actividad en un entorno dinámico, caracterizado por la evolución constante del conocimiento científico, la incorporación de nuevas tecnologías, el incremento de las expectativas de la ciudadanía y la necesidad de optimizar unos recursos limitados. En este escenario, mantener la calidad asistencial exige analizar de manera permanente cómo se trabaja, identificar oportunidades de mejora y evaluar el impacto de las decisiones adoptadas.

La cultura de la evaluación y la mejora continua constituye un modelo de gestión orientado a revisar de forma sistemática los procesos, medir los resultados obtenidos e implantar acciones que permitan incrementar la eficacia, la eficiencia y la seguridad de la atención sanitaria. Este enfoque considera que toda organización puede mejorar de forma constante mediante el aprendizaje, la innovación y la participación activa de los profesionales.

La mejora continua no es responsabilidad exclusiva de los equipos directivos o de las unidades de calidad. Todos los trabajadores, tanto el personal sanitario como el personal no sanitario, participan diariamente en procesos susceptibles de optimización. Su conocimiento de la actividad asistencial y organizativa resulta esencial para detectar problemas, proponer soluciones e impulsar cambios que beneficien tanto a los pacientes como a la propia institución.

Concepto de mejora continua

La mejora continua puede definirse como un proceso sistemático y permanente mediante el cual una organización analiza su funcionamiento, identifica áreas de mejora, implanta acciones correctoras y evalúa los resultados obtenidos con el objetivo de alcanzar niveles progresivamente superiores de calidad.

Este proceso se caracteriza por:

- Orientación a resultados.
- Evaluación permanente.
- Participación de los profesionales.
- Utilización de indicadores.
- Aprendizaje organizativo.
- Adaptación al cambio.

La mejora continua implica que ninguna organización alcanza un estado definitivo de excelencia, sino que mantiene una evolución constante.

La importancia de la evaluación en sanidad

Evaluar permite conocer objetivamente el funcionamiento de los procesos y fundamentar las decisiones en datos.

La evaluación facilita:

- Detectar problemas.
- Medir resultados.
- Comparar actuaciones.
- Identificar buenas prácticas.
- Priorizar actuaciones.
- Optimizar recursos.

Sin evaluación resulta difícil demostrar la eficacia de las mejoras implantadas.

El ciclo de mejora continua

Uno de los modelos más utilizados es el ciclo de mejora continua o ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Comprobar y Actuar).

Planificar

Consiste en identificar un problema, analizar sus causas y diseñar un plan de actuación.

Hacer

Se implantan las acciones previstas.

Comprobar

Se analizan los resultados obtenidos mediante indicadores previamente definidos.

Actuar

Se consolidan las mejoras eficaces y se introducen nuevas acciones cuando los resultados no alcanzan los objetivos previstos.

Este ciclo favorece una evolución permanente de la organización.

Indicadores de calidad

Los indicadores constituyen herramientas esenciales para medir el rendimiento.

Entre los más utilizados destacan:

- Seguridad del paciente.
- Tiempo de espera.
- Tasa de infecciones.
- Reingresos.
- Satisfacción de pacientes.
- Satisfacción profesional.
- Cumplimiento de protocolos.
- Productividad.

Los indicadores deben ser fiables, medibles y comparables.

Auditorías y revisiones

Las auditorías permiten verificar el grado de cumplimiento de los procedimientos establecidos.

Pueden ser:

- Internas.
- Externas.
- Clínicas.
- Organizativas.
- De calidad.
- De seguridad.

Su finalidad no es buscar responsables, sino identificar oportunidades de mejora.

Gestión basada en la evidencia

Las decisiones organizativas deben apoyarse en información objetiva.

Las principales fuentes incluyen:

- Indicadores asistenciales.
- Estudios científicos.
- Auditorías.
- Encuestas de satisfacción.
- Incidentes notificados.
- Resultados de investigación.

La utilización de datos mejora la objetividad en la toma de decisiones.

Participación de los profesionales

La implicación de los trabajadores resulta indispensable.

Las organizaciones pueden favorecerla mediante:

- Grupos de mejora.
- Equipos multidisciplinares.
- Sistemas de sugerencias.
- Reuniones periódicas.
- Proyectos colaborativos.
- Programas de innovación.

Los profesionales conocen de primera mano las dificultades y oportunidades presentes en su actividad diaria.

El papel del personal sanitario

El personal sanitario participa activamente en la evaluación de la práctica asistencial.

Entre sus funciones destacan:

- Revisión de protocolos.
- Auditorías clínicas.
- Notificación de incidentes.
- Participación en proyectos de calidad.
- Evaluación de resultados clínicos.

Su experiencia resulta esencial para implantar mejoras seguras y eficaces.

La contribución del personal no sanitario

El personal no sanitario desempeña un papel igualmente relevante.

El personal administrativo analiza procesos de gestión y atención al usuario.

Los profesionales de informática desarrollan sistemas para la obtención y análisis de datos.

Los equipos de mantenimiento evalúan el funcionamiento de infraestructuras y equipamientos.

Los departamentos de gestión colaboran en el análisis de indicadores económicos y organizativos.

La mejora continua requiere la participación de todas las áreas.

Innovación y mejora continua

La innovación constituye un complemento indispensable de la mejora continua.

Las organizaciones deben promover:

- Nuevas formas de organización.
- Digitalización de procesos.
- Automatización.
- Inteligencia artificial.
- Investigación aplicada.
- Incorporación de buenas prácticas.

La innovación permite responder de manera más eficaz a los nuevos desafíos sanitarios.

Cultura de seguridad

La mejora continua está estrechamente relacionada con la seguridad del paciente.

Las organizaciones deben fomentar:

- Notificación de incidentes.
- Análisis sin enfoque punitivo.
- Aprendizaje compartido.
- Implantación de medidas preventivas.
- Evaluación del impacto.

Una cultura justa favorece la mejora permanente.

Barreras para la mejora continua

Entre las principales dificultades destacan:

- Resistencia al cambio.
- Escasez de recursos.
- Sobrecarga asistencial.
- Insuficiente cultura evaluadora.

- Déficit de formación.
- Escasa disponibilidad de datos.

Superar estas barreras exige liderazgo, planificación y compromiso institucional.

Evaluación del impacto

Las acciones de mejora deben demostrar resultados medibles.

Entre los aspectos que pueden evaluarse destacan:

- Calidad asistencial.
- Seguridad del paciente.
- Eficiencia.
- Clima laboral.
- Experiencia del paciente.
- Resultados económicos.

La medición objetiva permite consolidar las actuaciones más eficaces.

Retos de futuro

Las organizaciones sanitarias deberán avanzar hacia modelos de evaluación cada vez más sofisticados.

Entre los principales retos destacan:

- Inteligencia artificial para el análisis predictivo.
- Indicadores en tiempo real.
- Big Data sanitario.
- Medicina basada en valor.
- Evaluación de la experiencia del paciente.
- Integración de indicadores clínicos y organizativos.

Estos avances favorecerán una toma de decisiones más precisa y una mejora continua basada en evidencia.

Conclusiones

La cultura de la evaluación y la mejora continua constituye uno de los pilares fundamentales de las organizaciones sanitarias modernas. Analizar de manera sistemática los procesos, medir los resultados y promover la participación de todos los profesionales permite incrementar la calidad asistencial, optimizar los recursos y reforzar la seguridad del paciente.

El compromiso conjunto del personal sanitario y del personal no sanitario resulta imprescindible para consolidar una organización orientada al aprendizaje, la innovación y la excelencia. Apostar por la mejora continua significa asumir que siempre existen oportunidades para prestar una atención más segura, eficiente, humanizada y adaptada a las necesidades de la sociedad.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud. *Quality of Care: A Process for Making Strategic Choices in Health Systems*. Ginebra: OMS.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*.
- Institute for Healthcare Improvement (IHI). *Science of Improvement*.
- Deming WE. *Out of the Crisis*. MIT Press.
- Donabedian A. *Evaluating the Quality of Medical Care*. The Milbank Quarterly.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Health at a Glance*.
- Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. *Modelos de excelencia y calidad en los servicios sanitarios*.

Ergonomía en el personal sanitario y no sanitario: adaptación del puesto de trabajo y prevención de la fatiga

Introducción

La ergonomía busca adaptar el trabajo a las características físicas y mentales de las personas para mejorar la seguridad, el bienestar y la eficiencia. Una

adecuada organización del puesto puede ayudar a prevenir molestias musculares, fatiga y otros problemas relacionados con las condiciones laborales.

En los centros sanitarios y sociosanitarios existen puestos muy diferentes. Algunos requieren permanecer de pie durante gran parte de la jornada, otros implican desplazamientos continuos y otros exigen trabajar sentado frente a un ordenador. Por ello, las medidas ergonómicas deben adaptarse a las características de cada actividad.

Tanto el personal sanitario como el personal no sanitario debe conocer los riesgos ergonómicos asociados a su puesto y aplicar medidas preventivas adecuadas.

Objetivo

Analizar la importancia de adaptar el puesto de trabajo y establecer hábitos ergonómicos que ayuden a prevenir la fatiga y los trastornos musculoesqueléticos en el personal sanitario y no sanitario.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva de documentos técnicos relacionados con ergonomía, puestos de trabajo, posturas mantenidas, movimientos repetitivos y prevención de trastornos musculoesqueléticos.

Resultados

Uno de los principales factores de riesgo ergonómico es mantener una misma postura durante periodos prolongados. Permanecer sentado o de pie durante muchas horas puede producir sensación de cansancio y molestias musculares.

En el personal sanitario, determinadas tareas pueden requerir permanecer de pie, inclinarse, realizar movimientos repetitivos o trabajar en posiciones poco cómodas. La organización del espacio y la colocación de los materiales pueden facilitar que las tareas se realicen con menor esfuerzo.

Siempre que sea posible, los materiales de uso frecuente deben encontrarse en lugares accesibles. Evitar alcances excesivos o trabajar durante periodos prolongados con el cuerpo inclinado puede reducir la sobrecarga.

En la movilización de pacientes deben utilizarse las ayudas técnicas disponibles y seguir los procedimientos establecidos. La coordinación entre profesionales resulta especialmente importante cuando una tarea requiere la participación de varias personas.

El personal no sanitario también puede estar expuesto a riesgos ergonómicos. En los puestos administrativos, por ejemplo, el uso prolongado de pantallas puede favorecer molestias en cuello, hombros, espalda y muñecas si el puesto no está correctamente ajustado.

La silla debe permitir mantener una postura cómoda y estable. La pantalla debe colocarse de manera que no sea necesario mantener el cuello constantemente inclinado, y el teclado y el ratón deben situarse de forma que permitan trabajar sin tensión excesiva en brazos y muñecas.

En otros servicios, como limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería o almacén, pueden existir riesgos derivados de movimientos repetitivos, empuje de carros o manipulación de materiales. La utilización de equipos auxiliares adecuados puede reducir el esfuerzo físico.

Los cambios posturales son importantes para evitar la fatiga. Cuando las características del trabajo lo permitan, alternar tareas y realizar pausas breves puede favorecer la recuperación.

También es necesario prestar atención a las señales que puede enviar el organismo. Molestias frecuentes, rigidez, hormigueos o cansancio excesivo pueden indicar que existe una sobrecarga que debería ser valorada.

La formación en ergonomía permite identificar situaciones de riesgo y conocer las medidas preventivas correspondientes a cada puesto.

Conclusiones

La ergonomía es una herramienta fundamental para proteger la salud del personal sanitario y no sanitario.

Adaptar el puesto, organizar adecuadamente los materiales, evitar posturas forzadas, alternar actividades y utilizar ayudas técnicas son medidas que pueden reducir la fatiga y prevenir trastornos musculoesqueléticos.

La prevención debe adaptarse a las características de cada puesto y contar con la participación tanto de los trabajadores como de la organización.

Crear puestos de trabajo ergonómicamente adecuados no solo ayuda a prevenir lesiones, sino que también favorece el bienestar, la comodidad y un mejor desarrollo de las actividades profesionales.

Bibliografía

* Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Ergonomía y prevención de trastornos musculoesqueléticos*.
* Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. *Trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo*.
* Organización Internacional del Trabajo. *Ergonomic Checkpoints*.
* Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Acoso laboral en el personal sanitario y no sanitario: prevenir el aislamiento y favorecer un entorno respetuoso

Introducción

El acoso laboral es un riesgo psicosocial que puede afectar a la salud y al bienestar de los trabajadores. Se caracteriza por la existencia de comportamientos hostiles o inadecuados que, cuando se producen de forma reiterada y en determinadas circunstancias, pueden perjudicar la dignidad y las condiciones de trabajo de una persona.

En los centros sanitarios y sociosanitarios trabajan profesionales con diferentes funciones y responsabilidades. La coordinación entre ellos es necesaria para desarrollar correctamente la actividad diaria. Por ello, mantener unas relaciones laborales basadas en el respeto es especialmente importante.

Tanto el personal sanitario como el personal no sanitario puede verse afectado por situaciones de aislamiento, descalificación o trato inadecuado. La prevención debe implicar a toda la organización.

Objetivo

Analizar cómo puede manifestarse el aislamiento laboral y destacar medidas de prevención y actuación dirigidas al personal sanitario y no sanitario.

Material y método

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva de documentos relacionados con riesgos psicosociales, acoso laboral, violencia en el trabajo y prevención de conflictos laborales.

Resultados

El aislamiento puede aparecer cuando una persona es excluida de forma reiterada de comunicaciones o actividades necesarias para desarrollar su trabajo. También puede manifestarse mediante la negativa sistemática a facilitar información, ignorar deliberadamente las intervenciones de un compañero o impedir su participación en determinadas tareas sin una justificación profesional.

Estas conductas deben analizarse teniendo en cuenta las circunstancias concretas. No toda falta de comunicación o desacuerdo constituye acoso laboral. Sin embargo, cuando determinadas actuaciones son repetidas, injustificadas y dirigidas hacia una persona concreta, pueden constituir una señal de alerta que debe ser valorada.

En el personal sanitario, la falta de colaboración o comunicación puede afectar además a la coordinación necesaria para prestar una atención adecuada. En el personal no sanitario, la exclusión de información puede dificultar la realización de tareas administrativas, de limpieza, mantenimiento, recepción u otros servicios.

La comunicación profesional debe basarse en el respeto. Las diferencias de opinión pueden resolverse mediante el diálogo, evitando ataques personales, burlas o comentarios que puedan deteriorar las relaciones entre compañeros.

Los responsables tienen un papel importante en la prevención. Deben favorecer una comunicación adecuada, definir claramente las funciones y actuar ante conflictos persistentes. También es importante que los trabajadores conozcan los protocolos y canales disponibles para comunicar posibles situaciones de acoso.

Cuando una persona considera que está sufriendo una situación inadecuada, puede ser útil registrar objetivamente los hechos relevantes, indicando fechas, circunstancias y posibles testigos. Esta información puede facilitar posteriormente la valoración por los responsables o servicios correspondientes.

Los compañeros también pueden contribuir a prevenir el aislamiento. Facilitar la integración, compartir la información necesaria y evitar participar en rumores o comportamientos de exclusión favorece un ambiente laboral más saludable.

La formación en comunicación, resolución de conflictos y riesgos psicosociales puede ayudar a detectar precozmente situaciones problemáticas. Asimismo, las evaluaciones de riesgos psicosociales permiten identificar factores organizativos que puedan estar favoreciendo un clima laboral negativo.

Conclusiones

La prevención del acoso laboral requiere prestar atención a las relaciones profesionales y evitar que determinadas conductas de aislamiento o descalificación se normalicen.

El personal sanitario y no sanitario debe contribuir a mantener un entorno basado en el respeto, la comunicación y la colaboración.

La organización debe disponer de procedimientos claros para prevenir y abordar posibles situaciones de acoso, garantizando una actuación adecuada y confidencial.

Detectar las señales de alerta de manera temprana, favorecer la comunicación y actuar ante las conductas inadecuadas puede contribuir a proteger la salud de los trabajadores y mejorar el clima laboral.

Un entorno de trabajo respetuoso beneficia a todos los profesionales y facilita el desarrollo de las actividades con mayor seguridad y bienestar.

Bibliografía

* Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

* Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Riesgos psicosociales y violencia en el trabajo*.

* Organización Internacional del Trabajo. *Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm.

190)*.

* Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. *Riesgos psicosociales relacionados con el trabajo*.

Trabajo en equipo en el entorno sanitario: comunicación, coordinación y seguridad para personal sanitario y no sanitario

Introducción

El trabajo en equipo es un elemento fundamental para el funcionamiento eficaz de cualquier organización sanitaria. La atención a los usuarios implica la participación de profesionales con diferentes funciones, conocimientos y responsabilidades. Personal sanitario y no sanitario deben colaborar de forma coordinada para garantizar una atención segura, eficiente y centrada en las necesidades de cada persona.

Una comunicación inadecuada, la falta de coordinación o la ausencia de información pueden favorecer errores, retrasos y conflictos. Por el contrario, un equipo que comparte objetivos, mantiene una comunicación clara y respeta las

funciones de cada profesional puede mejorar tanto la calidad asistencial como el ambiente laboral.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de los principales factores relacionados con el trabajo en equipo en el entorno sanitario. Se analizaron aspectos como la comunicación interna, la distribución de responsabilidades, la coordinación entre servicios, la resolución de conflictos y la participación de los distintos profesionales.

También se revisaron recomendaciones orientadas a mejorar la colaboración y la seguridad en organizaciones sanitarias.

Resultados

Una de las bases del trabajo en equipo es establecer una comunicación clara, directa y respetuosa. La información relevante debe transmitirse de forma comprensible y por los canales establecidos, evitando mensajes ambiguos o incompletos. Esto resulta especialmente importante durante los cambios de turno, derivaciones, citaciones, gestión de documentación o coordinación entre diferentes servicios.

El personal sanitario y no sanitario desempeña funciones diferentes, pero complementarias. El personal administrativo puede facilitar la gestión de citas, documentación y circuitos de atención, mientras que los profesionales sanitarios desarrollan las funciones asistenciales correspondientes. Conocer y respetar estas responsabilidades facilita la colaboración y evita duplicidades o confusiones.

La distribución adecuada de tareas también contribuye a mejorar el funcionamiento del equipo. Cada profesional debe conocer qué se espera de su puesto y a quién debe acudir cuando surge una dificultad. Cuando existe una situación que supera las competencias propias, solicitar ayuda o derivar correctamente constituye una actuación responsable.

Otro aspecto importante es la prevención y gestión de los conflictos. Las diferencias de opinión pueden aparecer en cualquier equipo, pero deben abordarse mediante el diálogo y el respeto. Escuchar a los compañeros, evitar descalificaciones y buscar soluciones centradas en el objetivo común permite reducir tensiones.

El reconocimiento del trabajo de los demás también favorece un clima laboral positivo. Valorar las aportaciones de cada profesional ayuda a fortalecer la confianza y la sensación de pertenencia al equipo.

Conclusiones

El trabajo en equipo en el entorno sanitario requiere comunicación, coordinación, responsabilidad y respeto entre profesionales. La colaboración entre personal sanitario y no sanitario permite organizar mejor los procesos y contribuye a ofrecer una atención más segura y eficiente.

Compartir información relevante, conocer las funciones de cada puesto, solicitar ayuda cuando sea necesario y resolver los conflictos mediante el diálogo son estrategias sencillas que pueden mejorar el funcionamiento cotidiano.

Construir equipos cohesionados no depende únicamente de las capacidades individuales, sino también de la existencia de una cultura organizativa que fomente la cooperación. Una buena coordinación beneficia a los profesionales, mejora el ambiente laboral y repercute positivamente en la experiencia y seguridad de los usuarios.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recursos sobre seguridad del paciente y trabajo en equipo en los servicios sanitarios.
2. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre factores psicosociales, organización del trabajo y relaciones profesionales.
4. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recursos sobre cooperación, organización y bienestar en el trabajo.

Estrés laboral en el entorno sanitario: identificación, prevención y bienestar del personal sanitario y no sanitario

Introducción

El estrés laboral es una respuesta que puede aparecer cuando las exigencias del trabajo superan los recursos personales u organizativos disponibles para afrontarlas. En el entorno sanitario, puede afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario, debido a factores como la elevada carga de trabajo, la presión asistencial, los horarios cambiantes, la responsabilidad profesional, la atención a personas en situaciones difíciles y la necesidad de mantener una comunicación constante con pacientes, familiares y compañeros.

Aunque cierto nivel de activación puede ayudar a responder ante determinadas situaciones, la exposición prolongada a factores estresantes puede repercutir negativamente sobre la salud y el rendimiento profesional. Por ello, identificar

precozmente el estrés y establecer medidas preventivas debe formar parte de la gestión de la salud laboral.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de los principales factores relacionados con el estrés laboral en el ámbito sanitario y de las estrategias dirigidas a su prevención. Se analizaron aspectos relacionados con la organización del trabajo, la comunicación, la carga laboral, los descansos y los recursos individuales y colectivos disponibles.

También se consideraron las recomendaciones de organismos especializados en salud laboral y prevención de riesgos psicosociales.

Resultados

Entre los factores que pueden favorecer la aparición de estrés se encuentran la sobrecarga de trabajo, la falta de tiempo, la presión por cumplir determinadas tareas, los cambios organizativos, los conflictos laborales y la dificultad para conciliar la vida profesional y personal. En determinados puestos también puede influir la exposición frecuente al sufrimiento, la enfermedad o situaciones emocionalmente complejas.

Los signos de alerta pueden ser físicos, emocionales y conductuales. El cansancio persistente, las alteraciones del sueño, la dificultad para concentrarse, la irritabilidad, la sensación de sobrecarga o la pérdida de motivación pueden indicar que el nivel de estrés está siendo excesivo.

La prevención requiere actuar sobre las condiciones de trabajo y no únicamente sobre la capacidad individual para afrontar el estrés. Una adecuada distribución de tareas, una planificación realista, pausas durante la jornada y una comunicación clara pueden contribuir a reducir la sobrecarga.

El apoyo entre compañeros también constituye un recurso importante. Favorecer un ambiente de respeto, facilitar la comunicación de dificultades y promover el trabajo en equipo ayuda a disminuir el aislamiento y facilita la búsqueda de soluciones.

A nivel individual, mantener hábitos saludables puede mejorar la capacidad de recuperación.

Dormir adecuadamente, realizar actividad física, mantener una alimentación equilibrada y disponer de actividades de ocio contribuyen al bienestar. Asimismo, aprender técnicas de relajación, respiración o gestión emocional puede resultar útil ante situaciones puntuales de tensión.

Conclusiones

El estrés laboral constituye un riesgo psicosocial relevante en el entorno sanitario y puede afectar a profesionales con funciones asistenciales, administrativas, técnicas o de apoyo. Su prevención requiere una actuación conjunta que contemple tanto la organización del trabajo como el bienestar individual.

Detectar las señales de alerta, mejorar la comunicación, favorecer el apoyo entre compañeros y establecer una organización adecuada son medidas fundamentales para prevenir sus consecuencias.

Promover un entorno laboral saludable beneficia al personal sanitario y no sanitario y contribuye a mantener una atención de mayor calidad. Cuidar el bienestar de los profesionales debe considerarse una parte esencial de la prevención y de la seguridad en las organizaciones sanitarias.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre riesgos psicosociales y estrés laboral.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental en el trabajo.
3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Salud mental y bienestar en el trabajo.
4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Riesgos psicosociales y estrés relacionado con el trabajo.

Lavado de manos en el entorno sanitario: técnica, momentos clave y prevención de infecciones en personal sanitario y no sanitario

Introducción

La higiene de manos constituye una de las medidas más sencillas y eficaces para prevenir la transmisión de microorganismos. En los centros sanitarios, las manos pueden entrar en contacto con pacientes, superficies, documentos, dispositivos y diferentes materiales, facilitando la propagación de microorganismos de un lugar a otro.

Aunque tradicionalmente se relaciona con la actividad asistencial, la higiene de manos es responsabilidad de todo el personal que desarrolla su actividad en el entorno sanitario. Tanto el personal sanitario como el no sanitario debe conocer cuándo y cómo realizarla correctamente para contribuir a mantener espacios seguros para pacientes, familiares y trabajadores.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de las principales recomendaciones sobre higiene de manos en el entorno sanitario. Se analizaron los momentos en los que resulta especialmente necesaria, las diferencias entre el lavado con agua y jabón y la utilización de soluciones hidroalcohólicas, así como los errores más frecuentes.

También se consideró la importancia de la formación y de la implicación de todo el personal en la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

Resultados

Las manos pueden contaminarse durante actividades aparentemente sencillas, incluso cuando no existe contacto directo con fluidos biológicos. Por ello, la higiene debe realizarse en los momentos indicados y utilizando una técnica adecuada.

El lavado con agua y jabón resulta especialmente importante cuando las manos están visiblemente sucias. En otras situaciones, las soluciones hidroalcohólicas constituyen una alternativa eficaz y rápida cuando están disponibles y son apropiadas para la situación.

La técnica debe cubrir todas las superficies de las manos, incluyendo palmas, dorsos, espacios interdigitales, pulgares, puntas de los dedos y muñecas. Una higiene incompleta puede dejar zonas contaminadas y disminuir la eficacia de la medida preventiva.

En el personal sanitario, la higiene de manos adquiere especial importancia antes y después del contacto con pacientes y antes de realizar determinadas actuaciones asistenciales. También debe realizarse después del contacto con superficies o materiales potencialmente contaminados.

El personal no sanitario también debe incorporar este hábito. Profesionales administrativos, personal de recepción, celadores, limpieza, mantenimiento y otros trabajadores mantienen contacto con usuarios, compañeros y superficies de uso compartido. Una correcta higiene de manos contribuye a limitar la transmisión de microorganismos dentro del centro.

Entre los errores más habituales se encuentran realizar una higiene demasiado rápida, no cubrir todas las zonas de las manos, olvidar los pulgares o las puntas de los dedos y no respetar el tiempo necesario. También es importante mantener las uñas cortas y evitar elementos que dificulten una correcta higiene.

Conclusiones

La higiene de manos es una medida básica de seguridad que debe integrarse en la actividad diaria de todo el personal sanitario y no sanitario. Su eficacia

depende tanto de realizarla en los momentos adecuados como de utilizar una técnica correcta.

La formación continuada, la disponibilidad de productos adecuados y la concienciación de los profesionales favorecen el cumplimiento de esta medida. Además, establecer una cultura de higiene de manos compartida ayuda a proteger tanto a los pacientes como a los trabajadores.

Prevenir las infecciones es una responsabilidad colectiva. Una actuación tan sencilla como mantener una correcta higiene de manos puede contribuir de forma significativa a mejorar la seguridad y la calidad de la atención sanitaria.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). Guías y recomendaciones sobre higiene de manos en la atención sanitaria.
2. Ministerio de Sanidad. Documentación sobre prevención y control de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre higiene y prevención de riesgos biológicos.
4. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Hand Hygiene in Healthcare Settings.

Violencia de género en el entorno sanitario: detección, atención y coordinación del personal sanitario y no sanitario

Introducción

La violencia de género constituye un importante problema social y de salud pública que puede afectar a mujeres de cualquier edad, situación económica o contexto sociocultural. El entorno sanitario representa un espacio especialmente relevante para su detección, ya que muchas mujeres pueden acudir a centros sanitarios por lesiones, problemas de salud mental, alteraciones del sueño u otras manifestaciones relacionadas directa o indirectamente con situaciones de violencia.

La actuación no corresponde únicamente al personal sanitario. El personal no sanitario, incluidos profesionales administrativos, de recepción, admisión y atención al usuario, puede encontrarse con señales de alerta durante el contacto

cotidiano con las pacientes. Una respuesta adecuada requiere sensibilidad, confidencialidad, coordinación y respeto hacia las decisiones de la mujer.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de las principales recomendaciones relacionadas con la detección y atención de situaciones de violencia de género en el ámbito sanitario. Se consideraron las funciones del personal sanitario y no sanitario, así como los principios de confidencialidad, escucha activa, seguridad y coordinación profesional.

Se analizaron diferentes situaciones de contacto con las usuarias y las actuaciones preventivas que pueden favorecer una respuesta adecuada ante posibles casos de violencia.

Resultados

La identificación de una posible situación de violencia puede resultar compleja, ya que no siempre existen lesiones visibles ni la mujer expresa directamente lo que está ocurriendo. Algunas señales de alerta pueden ser la presencia de lesiones repetidas, ansiedad, miedo, aislamiento, cambios bruscos de comportamiento o la presencia de una pareja que intenta responder constantemente por ella.

El personal sanitario debe realizar una valoración profesional, respetuosa y adaptada a cada situación, evitando culpabilizar o cuestionar a la mujer. Es importante facilitar un espacio de privacidad que permita expresar sus preocupaciones con seguridad. Las actuaciones deben ajustarse a los protocolos establecidos y garantizar la atención sanitaria y la protección necesarias.

El personal no sanitario también puede desempeñar un papel relevante. En recepción o admisión pueden detectarse comportamientos de control, miedo o incomodidad. Ante estas situaciones, es fundamental mantener una actitud empática, respetar la privacidad y evitar preguntas innecesarias delante de acompañantes. No corresponde al personal administrativo realizar una investigación, sino facilitar una atención segura y poner la situación en conocimiento de los profesionales responsables cuando sea necesario.

La coordinación entre los diferentes profesionales resulta esencial. La comunicación adecuada dentro de los límites de la confidencialidad permite activar los recursos disponibles y evitar que la mujer tenga que repetir innecesariamente su experiencia ante múltiples personas.

La formación específica del personal sanitario y no sanitario contribuye a mejorar la capacidad para reconocer señales de alerta y responder de manera adecuada. También es importante conocer los protocolos internos y los recursos de apoyo disponibles.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta integral en la que participe todo el equipo sanitario. El personal sanitario y no sanitario puede contribuir a la detección precoz mediante una atención respetuosa, empática y centrada en la seguridad de la mujer.

Escuchar sin juzgar, garantizar la privacidad, evitar actitudes culpabilizadoras y conocer los procedimientos de actuación son elementos fundamentales. La coordinación profesional permite ofrecer una respuesta más eficaz y evita actuaciones improvisadas.

Crear espacios sanitarios seguros y sensibles ante la violencia de género constituye una responsabilidad compartida. La formación y la sensibilización de todos los trabajadores son herramientas esenciales para mejorar la detección, la atención y la protección de las mujeres afectadas.

Bibliografía

1. Ministerio de Igualdad. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Recursos y materiales sobre violencia de género.

2. Ministerio de Sanidad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género.3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Violencia contra las mujeres y respuesta del sector sanitario.

4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Recursos sobre violencia y riesgos psicosociales en el entorno laboral.

Ergonomía y prevención de la sobrecarga física: hábitos saludables para personal sanitario

y no sanitarioIntroducción

La prevención de riesgos laborales constituye un elemento esencial para garantizar la seguridad y la salud de las personas que trabajan en el entorno sanitario. La diversidad de actividades desarrolladas en hospitales, centros de salud, consultas y servicios administrativos implica la presencia de numerosos riesgos que pueden afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Los profesionales pueden estar expuestos a riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos y psicosociales, además de situaciones relacionadas con caídas, golpes, manipulación de cargas o utilización de equipos. Una adecuada cultura preventiva permite identificar estos peligros antes de que produzcan daños y establecer medidas para reducirlos.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de los principales riesgos laborales presentes en el entorno sanitario y de las medidas preventivas aplicables al personal

sanitario y no sanitario. Se consideraron recomendaciones procedentes de organismos especializados en prevención de riesgos laborales y salud ocupacional.

El análisis se centró en la identificación de los riesgos más frecuentes, las medidas de protección individual y colectiva, la formación de los trabajadores y la importancia de comunicar incidentes, accidentes y situaciones potencialmente peligrosas.

Resultados

La prevención comienza con la identificación de los riesgos asociados a cada puesto. En el personal sanitario destacan los riesgos biológicos derivados del contacto con pacientes y materiales potencialmente contaminados, así como los relacionados con la manipulación de objetos cortantes o punzantes. La higiene de manos, el uso adecuado de equipos de protección y la correcta gestión de residuos constituyen medidas fundamentales.

El personal no sanitario también está expuesto a diferentes riesgos. Los auxiliares administrativos, por ejemplo, pueden presentar problemas ergonómicos derivados del trabajo con pantallas, además de riesgos relacionados con caídas, desplazamientos por el centro o factores psicosociales. El personal de limpieza, mantenimiento, celadores y otros profesionales puede estar expuesto a riesgos físicos, químicos o derivados de la manipulación de cargas.

Los riesgos psicosociales también requieren atención. El estrés, la sobrecarga de trabajo, los conflictos interpersonales, la violencia externa y las dificultades organizativas pueden repercutir negativamente sobre la salud y el bienestar. Por ello, la prevención debe contemplar tanto los riesgos físicos como los relacionados con la organización y el ambiente laboral.

La formación constituye otra herramienta fundamental. Los trabajadores deben conocer los riesgos de su puesto, las medidas preventivas y los procedimientos de actuación ante accidentes o emergencias. Asimismo, comunicar incidentes y deficiencias permite detectar problemas y adoptar medidas correctoras antes de que se produzcan consecuencias más graves.

Conclusiones

La prevención de riesgos laborales debe formar parte de la actividad cotidiana de todos los profesionales del entorno sanitario. No es responsabilidad exclusiva de los servicios de prevención, sino una tarea compartida entre la organización, los responsables de los equipos y cada trabajador.

Identificar los peligros, aplicar correctamente las medidas preventivas, utilizar los equipos de protección cuando sean necesarios y comunicar cualquier situación

de riesgo son actuaciones sencillas que contribuyen a crear entornos laborales más seguros.

Una verdadera cultura preventiva debe integrar al personal sanitario y no sanitario, independientemente de sus funciones. Proteger a quienes trabajan en los servicios sanitarios significa también mejorar la calidad de la atención, reducir accidentes y favorecer un entorno laboral saludable y seguro.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación y guías técnicas sobre prevención de riesgos laborales.
2. Ministerio de Trabajo y Economía Social. Normativa y recursos relacionados con la prevención de riesgos laborales.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud y seguridad ocupacional de los trabajadores sanitarios.
4. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Seguridad y salud en el trabajo.

0

Prevención de la violencia y las agresiones en el trabajo para personal sanitario y no sanitario en centros sanitarios

Introducción

Las situaciones de violencia externa constituyen un riesgo laboral que puede afectar a numerosos profesionales de los centros sanitarios. Insultos, amenazas, intimidaciones y agresiones físicas pueden producirse durante la atención a pacientes y usuarios, pero también en servicios administrativos, recepción, información, vigilancia, transporte interno y otras actividades.

Por ello, la prevención de agresiones debe plantearse como una cuestión **transversal para personal sanitario y no sanitario**. Médicos, enfermeras, TCAE, técnicos, administrativos, celadores, personal de limpieza, mantenimiento y otros colectivos pueden encontrarse ante situaciones conflictivas.

La presión asistencial, los tiempos de espera, la frustración, determinadas expectativas de los usuarios, problemas de comunicación o situaciones de especial tensión pueden favorecer la aparición de conflictos. Sin embargo, ninguna de estas circunstancias justifica una conducta violenta.

La prevención debe orientarse a identificar situaciones de riesgo, mejorar las condiciones organizativas, formar a los profesionales y establecer procedimientos claros de actuación y apoyo posterior.

¿Qué entendemos por violencia laboral externa?

La violencia en el trabajo no se limita a una agresión física.

Puede incluir:

- Insultos.
- Amenazas.
- Intimidaciones.
- Gritos.
- Conductas agresivas.
- Daños intencionados.
- Acoso verbal.
- Agresiones físicas.

Las amenazas y agresiones verbales también deben ser consideradas desde el punto de vista preventivo.

Normalizar estas conductas puede dificultar su detección y reducir su comunicación.

No debe considerarse parte del trabajo

Una idea especialmente perjudicial consiste en asumir que determinados profesionales tienen que soportar insultos porque trabajan atendiendo al público.

La exposición a usuarios enfadados puede formar parte de algunas actividades, pero las conductas violentas no deben aceptarse como normales.

La organización debe disponer de mecanismos para prevenirlas y actuar cuando se producen.

Factores de riesgo

Existen circunstancias que pueden incrementar la posibilidad de situaciones conflictivas:

- Largos tiempos de espera.
- Información insuficiente.
- Espacios saturados.

- Trabajo en solitario.
- Atención durante horarios nocturnos.
- Comunicación de decisiones no esperadas.
- Falta de intimidad.
- Elevada presión asistencial.
- Ausencia de sistemas rápidos para solicitar ayuda.

Identificar estos factores permite establecer medidas preventivas.

Organización de los espacios

El diseño del lugar de trabajo puede influir en la seguridad.

Los puestos con atención directa al público deberían permitir que el trabajador pueda solicitar ayuda y abandonar la zona si aparece una situación de peligro.

Debe evitarse, cuando sea posible, que el profesional quede atrapado entre una persona agresiva y una pared o mobiliario.

También resulta importante mantener despejadas las vías de salida.

Sistemas de aviso

En determinados puestos puede ser necesario disponer de sistemas para solicitar ayuda rápidamente.

Estos sistemas deben ser:

- Accesibles.
- Conocidos.
- Funcionales.
- Revisados periódicamente.

No resulta suficiente instalar un dispositivo si los trabajadores desconocen cómo utilizarlo o quién recibe realmente el aviso.

Atención al público

Los profesionales que trabajan en admisión, información, consultas o atención telefónica pueden recibir directamente el malestar de los usuarios.

Una comunicación clara puede prevenir algunos conflictos.

Cuando exista un retraso importante, proporcionar información adecuada puede reducir la incertidumbre.

Sin embargo, la comunicación tiene límites. Si una persona adopta una conducta amenazante, la prioridad pasa a ser la seguridad.

Comunicación ante situaciones tensas

Cuando una persona comienza a mostrarse alterada puede resultar útil:

- Mantener un tono tranquilo.
- Utilizar mensajes claros.
- Evitar discusiones innecesarias.
- Escuchar la demanda.
- Explicar las opciones disponibles.
- Mantener una distancia de seguridad adecuada.

No debe confundirse mantener la calma con aceptar insultos o amenazas.

Cuando la situación supera determinados límites debe activarse el procedimiento establecido.

Evitar enfrentamientos

Responder a los gritos con más gritos puede aumentar rápidamente la tensión.

Siempre que resulte seguro, conviene evitar:

- Provocaciones.
- Ironías.
- Descalificaciones.
- Amenazas.
- Contactos físicos innecesarios.

El objetivo debe ser reducir la escalada y solicitar apoyo cuando sea necesario.

Distancia interpersonal

Mantener una distancia adecuada puede proporcionar tiempo para reaccionar ante un movimiento inesperado.

Debe evitarse aproximarse innecesariamente a una persona que presenta una conducta claramente agresiva.

También conviene prestar atención a la posición respecto a puertas y posibles vías de salida.

La prevención debe priorizar siempre evitar el enfrentamiento físico.

No actuar en solitario cuando existe riesgo

Si existen antecedentes o indicios de una posible situación conflictiva, puede ser conveniente adoptar medidas organizativas previas.

Dependiendo de las circunstancias, puede valorarse:

- Presencia de otro profesional.
- Aviso a seguridad.
- Modificación del espacio.
- Establecimiento de un sistema de alerta.

La planificación previa puede evitar que el trabajador tenga que improvisar cuando el conflicto ya se ha iniciado.

Personal sanitario

Los profesionales asistenciales pueden enfrentarse a situaciones emocionalmente complejas relacionadas con enfermedad, dolor, incertidumbre o frustración.

Estas circunstancias pueden explicar parcialmente determinadas reacciones, pero no justifican una agresión.

El personal debe conocer los protocolos establecidos y los mecanismos para solicitar ayuda.

Personal administrativo

Administrativos, recepción e información constituyen en muchas ocasiones el primer punto de contacto con el centro.

Pueden recibir reclamaciones relacionadas con:

- Citas.
- Esperas.
- Documentación.
- Organización.
- Prestaciones.

La formación en comunicación y gestión de conflictos resulta especialmente importante para estos colectivos.

Celadores

Los celadores pueden intervenir en traslados o situaciones en las que existe agitación.

Su función no debe confundirse con asumir innecesariamente riesgos físicos.

Cuando exista peligro deben aplicarse los procedimientos establecidos y solicitar los recursos necesarios.

La seguridad de los profesionales debe formar parte de cualquier intervención.

Personal de limpieza y mantenimiento

Estos colectivos también pueden encontrarse con usuarios o acompañantes durante su actividad.

No deberían intervenir directamente en conflictos para los que no disponen de formación o funciones específicas.

Si detectan una situación potencialmente peligrosa, deben saber a quién comunicarla y cómo solicitar ayuda.

Trabajo en solitario

El trabajo aislado puede aumentar la vulnerabilidad ante determinadas situaciones.

Cuando existan puestos con riesgo de violencia que deban realizarse en solitario, la evaluación preventiva debe considerar medidas específicas.

Puede ser necesario establecer:

- Sistemas de comunicación.
- Alarmas.
- Procedimientos de contacto.
- Comprobaciones periódicas.

La respuesta debe adaptarse al riesgo real.

Objetos potencialmente peligrosos

En zonas con riesgo de agresión conviene evitar que existan objetos fácilmente accesibles que puedan utilizarse para causar daño.

El diseño del mobiliario y la distribución de materiales pueden formar parte de la estrategia preventiva.

Esta medida resulta especialmente relevante en determinados puestos de atención directa.

Después de una agresión

La actuación no termina cuando finaliza el incidente.

El trabajador debe conocer el procedimiento para:

- Solicitar asistencia si existe lesión.
- Comunicar la agresión.
- Registrar los hechos.
- Recibir apoyo.
- Obtener información sobre las actuaciones posteriores.

La respuesta de la organización debe ser rápida y clara.

Importancia de registrar las agresiones

Las agresiones verbales de menor intensidad tienden a comunicarse menos que las físicas.

Sin embargo, registrar también estos incidentes permite detectar:

- Servicios con mayor riesgo.
- Horarios problemáticos.
- Situaciones recurrentes.
- Factores desencadenantes.
- Necesidad de medidas adicionales.

Sin información resulta difícil diseñar una prevención eficaz.

Apoyo posterior

Una agresión puede generar consecuencias psicológicas incluso cuando no existen lesiones físicas.

Después del incidente pueden aparecer:

- Miedo.
- Inseguridad.
- Ansiedad.
- Dificultades para volver al mismo puesto.
- Alteraciones del sueño.

Cuando resulte necesario, debe facilitarse el apoyo correspondiente.

Formación

La formación puede ayudar a reconocer señales tempranas de escalada y actuar de manera adecuada.

Puede incluir:

- Comunicación.
- Gestión de conflictos.
- Reconocimiento de situaciones de riesgo.
- Procedimientos de alerta.
- Actuación ante una agresión.
- Comunicación posterior del incidente.

La formación debe adaptarse a las características de cada puesto.

Prevención organizativa

No toda la responsabilidad debe recaer sobre la habilidad del trabajador para manejar personas conflictivas.

También deben analizarse factores como:

- Tiempos de espera.
- Organización de citas.
- Información al usuario.
- Dotación de personal.
- Diseño de espacios.
- Sistemas de seguridad.

La prevención más eficaz actúa sobre las causas y no únicamente sobre las consecuencias.

Cultura de tolerancia cero

Una política de tolerancia cero frente a la violencia no significa responder agresivamente.

Significa transmitir claramente que los insultos, amenazas y agresiones no se consideran comportamientos normales ni aceptables.

También implica proporcionar mecanismos reales para proteger y apoyar a los trabajadores.

Conclusiones

La **prevención de agresiones para personal sanitario y no sanitario** debe formar parte de la prevención de riesgos laborales de cualquier centro sanitario.

La violencia puede afectar a profesionales asistenciales y no asistenciales y manifestarse mediante insultos, amenazas, intimidaciones o agresiones físicas.

Su prevención requiere identificar puestos de riesgo, organizar adecuadamente los espacios, disponer de sistemas de alerta, formar a los trabajadores y establecer procedimientos claros.

También resulta fundamental registrar los incidentes y analizar sus causas para adoptar medidas correctoras.

La responsabilidad preventiva corresponde a la organización y no puede trasladarse exclusivamente al profesional mediante la exigencia de que "sepa manejar" cualquier situación.

Atender a personas en circunstancias difíciles forma parte del trabajo sanitario; soportar amenazas o agresiones no debe considerarse una obligación inherente a ninguna categoría profesional.

Bibliografía

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre violencia en el trabajo y riesgos psicosociales.

Ministerio de Sanidad. Documentación y actuaciones frente a las agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud.

Organización Internacional del Trabajo. *Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)*.

Organización Mundial de la Salud. Documentación sobre violencia en el lugar de trabajo en el sector sanitario.

European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Documentación sobre violencia de terceros y riesgos psicosociales.

Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras, Organización Mundial de la Salud y Public Services International. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*.

Prevención del estrés laboral para personal sanitario y no sanitario en centros sanitarios

- **Introducción**

El estrés laboral constituye uno de los principales riesgos psicosociales en las organizaciones actuales y puede afectar especialmente a entornos complejos como los centros sanitarios. La elevada carga de trabajo, la atención continuada a personas, las interrupciones, los cambios organizativos, la presión temporal, los conflictos o la falta de recursos pueden generar situaciones de tensión mantenida.

Aunque suele relacionarse principalmente con los profesionales asistenciales, el estrés laboral afecta igualmente al **personal sanitario y no sanitario**. Administrativos que atienden a usuarios, celadores sometidos a múltiples demandas simultáneas, personal de limpieza con ritmos elevados, trabajadores de mantenimiento, cocina, lavandería o almacenes pueden encontrarse expuestos a factores psicosociales importantes.

El estrés no debe considerarse exclusivamente un problema individual. Su prevención requiere analizar las condiciones de trabajo y establecer medidas organizativas capaces de reducir las situaciones que generan una presión excesiva o mantenida.

- **¿Qué es el estrés laboral?**

El estrés aparece cuando las demandas percibidas superan los recursos disponibles para afrontarlas adecuadamente.

Una situación puntual de elevada exigencia no tiene por qué resultar perjudicial. El problema aparece especialmente cuando la presión se mantiene durante periodos prolongados y existen pocas posibilidades de recuperación.

Pueden aparecer manifestaciones:

- Físicas.
- Psicológicas.
- Emocionales.
- Conductuales.

Por ello, su prevención debe abordarse desde una perspectiva integral.

- **Factores relacionados con la organización**

Entre los factores que pueden favorecer el estrés encontramos:

- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de personal.
- Ritmos excesivos.
- Interrupciones continuas.
- Turnos.
- Falta de autonomía.
- Conflictos.
- Funciones poco definidas.
- Escasa participación.
- Cambios organizativos mal comunicados.
- Falta de apoyo.

No todos los trabajadores reaccionan de la misma manera, pero esto no elimina la necesidad de actuar sobre las condiciones laborales.

- **Sobrecarga de trabajo**

Cuando las tareas asignadas superan de forma mantenida el tiempo y los recursos disponibles puede aparecer una sensación permanente de no llegar a todo.

La sobrecarga puede ser:

Cuantitativa, cuando existe demasiado trabajo.

Cualitativa, cuando las tareas requieren capacidades, información o recursos que no están disponibles.

Ambas situaciones deben ser analizadas desde el punto de vista preventivo.

- **Infr carga de trabajo**

Tener muy pocas tareas o desarrollar funciones excesivamente monótonas también puede generar efectos negativos.

La falta de variedad, autonomía o sentido del trabajo puede favorecer:

- Desmotivación.

- Aburrimiento.
- Insatisfacción.

Por ello, una organización saludable no consiste simplemente en reducir al mínimo las demandas, sino en conseguir un equilibrio adecuado.

- **Interrupciones continuas**

Teléfonos, avisos, preguntas y solicitudes simultáneas pueden fragmentar la actividad.

Cada interrupción obliga a abandonar temporalmente una tarea y posteriormente recuperar la concentración.

Cuando esto ocurre repetidamente puede aumentar considerablemente la carga mental.

La organización debe intentar reducir las interrupciones que no sean necesarias.

- **Falta de claridad en las funciones**

No saber exactamente qué responsabilidades corresponden a cada profesional puede generar conflictos y tensión.

También resulta problemático recibir instrucciones contradictorias de diferentes responsables.

Las funciones, prioridades y canales de comunicación deberían estar suficientemente definidos.

Cuando existe una duda organizativa debe poder resolverse mediante mecanismos claros.

- **Cambios organizativos**

Los cambios forman parte del funcionamiento de los centros sanitarios.

Nuevas aplicaciones, procedimientos, responsables o formas de organización pueden ser necesarios.

Sin embargo, cuando se implantan sin suficiente información pueden generar incertidumbre.

Comunicar:

- Qué va a cambiar.
- Por qué.
- Cuándo.
- Cómo afectará al trabajo.

puede reducir considerablemente esta incertidumbre.

- **Personal sanitario**

Los profesionales asistenciales pueden estar sometidos a importantes demandas emocionales y organizativas.

Atender a pacientes, responder a situaciones imprevistas, tomar decisiones y gestionar simultáneamente diferentes tareas requiere un elevado nivel de atención.

Además, determinadas situaciones asistenciales pueden generar un importante impacto emocional.

La organización debe proporcionar recursos y apoyo adecuados.

- **Personal administrativo**

La atención presencial y telefónica puede generar una importante carga psicológica.

Los administrativos pueden encontrarse entre las necesidades del usuario y procedimientos que no pueden modificar.

Cuando existen retrasos o problemas organizativos, pueden recibir directamente el malestar de los ciudadanos.

La formación en comunicación y gestión de situaciones conflictivas resulta especialmente útil.

- **Celadores**

Los celadores reciben solicitudes procedentes de diferentes servicios y pueden encontrarse sometidos a demandas simultáneas.

Cuando varias personas consideran su petición prioritaria pueden generarse situaciones de presión.

Disponer de criterios claros de organización y prioridad ayuda a reducir conflictos y facilita la toma de decisiones.

- **Limpieza, cocina y lavandería**

Estos servicios pueden trabajar con ritmos intensos y tiempos muy ajustados.

Además, en ocasiones su actividad resulta poco visible pese a ser fundamental para el funcionamiento del centro.

Una adecuada planificación, disponibilidad de recursos y reconocimiento profesional pueden contribuir a mejorar las condiciones psicosociales.

- **Mantenimiento**

El personal de mantenimiento puede recibir presión para resolver averías con rapidez, especialmente cuando afectan a actividades esenciales.

La planificación preventiva y un buen sistema de comunicación de incidencias permiten diferenciar adecuadamente entre:

- Emergencias.
- Averías prioritarias.
- Reparaciones ordinarias.

Si todas las solicitudes se consideran urgentes, resulta difícil establecer prioridades.

- **Atención a usuarios conflictivos**

El contacto con personas preocupadas, enfadadas o sometidas a situaciones difíciles puede generar tensión.

Los trabajadores deben disponer de herramientas para gestionar estas situaciones y conocer cómo solicitar apoyo cuando una interacción supera determinados límites.

Los insultos, amenazas o agresiones no deberían considerarse una parte normal del trabajo.

- **Apoyo entre compañeros**

El apoyo social constituye un factor protector importante.

Poder solicitar ayuda, compartir información y consultar dudas facilita el afrontamiento de situaciones difíciles.

Los equipos excesivamente competitivos o con conflictos internos pueden aumentar la carga psicológica.

Fomentar la cooperación resulta, por tanto, una medida preventiva.

- **Papel de los responsables**

Los mandos tienen una influencia importante sobre el clima laboral.

Un liderazgo adecuado debería:

- Comunicar claramente.
- Escuchar dificultades.
- Establecer prioridades.
- Evitar instrucciones contradictorias.
- Gestionar conflictos.

- Facilitar participación.

La prevención de riesgos psicosociales también debe formar parte de las responsabilidades organizativas.

- **Descansos**

Las pausas permiten recuperar parcialmente la capacidad física y mental.

Cuando sistemáticamente no pueden realizarse debido a la carga de trabajo, puede existir un problema organizativo.

Los descansos previstos deben integrarse en la planificación del trabajo siempre que las características del servicio lo permitan.

- **Desconexión fuera de la jornada**

El descanso debe continuar después de abandonar el centro.

La recepción constante de correos y mensajes laborales puede dificultar la recuperación.

Excepto en los sistemas específicamente establecidos para garantizar la continuidad asistencial o de los servicios, debería respetarse el derecho a la desconexión digital.

- **Estrés y errores**

Una elevada presión mantenida puede afectar a:

- Atención.
- Memoria.
- Comunicación.
- Concentración.
- Toma de decisiones.

Esto puede aumentar la probabilidad de incidentes.

Por ello, prevenir el estrés también contribuye a mejorar la seguridad general del centro.

- **Evaluación de riesgos psicosociales**

Los riesgos psicosociales deben formar parte de la actividad preventiva.

Su evaluación permite identificar factores relacionados con:

- Carga de trabajo.
- Autonomía.

- Participación.
- Relaciones.
- Horarios.
- Organización.

El objetivo no consiste en evaluar la personalidad de los trabajadores, sino las características del trabajo que pueden generar riesgos.

- **Medidas individuales y organizativas**

Técnicas de relajación, ejercicio físico o hábitos saludables pueden resultar beneficiosos para algunas personas.

Sin embargo, estas estrategias no sustituyen las medidas organizativas.

Si el origen principal del estrés es una sobrecarga mantenida, la solución no puede limitarse a recomendar al trabajador que aprenda a relajarse.

La prevención debe actuar prioritariamente sobre las causas laborales modificables.

- **Comunicación temprana**

Cuando varios profesionales presentan dificultades similares conviene analizar qué está ocurriendo.

Comunicar problemas de carga, organización o coordinación permite intervenir antes de que se cronifiquen.

La participación de los trabajadores es fundamental para identificar situaciones que pueden no resultar evidentes desde otros niveles de la organización.

- **Conclusiones**

La **prevención del estrés laboral para personal sanitario y no sanitario** constituye un elemento esencial de la prevención de riesgos psicosociales en los centros sanitarios.

Sobrecarga, interrupciones, presión temporal, conflictos, falta de claridad en las funciones o cambios organizativos pueden afectar a cualquier categoría profesional.

La prevención debe combinar evaluación de riesgos, organización adecuada de las cargas, comunicación, participación, descansos y apoyo entre profesionales.

Las estrategias individuales pueden ayudar, pero no deben utilizarse para responsabilizar exclusivamente al trabajador de un problema cuyo origen puede encontrarse en las condiciones laborales.

Prevenir el estrés laboral no consiste únicamente en enseñar a las personas a soportar mejor la presión, sino en organizar el trabajo para evitar que una presión excesiva se convierta en la situación habitual.

- **Bibliografía**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre riesgos psicosociales y estrés laboral.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *FPSICO. Método de evaluación de factores psicosociales*.
- Organización Mundial de la Salud. *Guidelines on Mental Health at Work*. Geneva: WHO; 2022.
- Organización Internacional del Trabajo. Documentación sobre estrés, factores psicosociales y seguridad y salud en el trabajo.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Documentación sobre riesgos psicosociales y estrés en el trabajo.
- World Health Organization & International Labour Organization. *Mental Health at Work: Policy Brief*. Geneva: WHO/ILO; 2022.

Prevención de riesgos laborales asociados al estrés y la sobrecarga de trabajo para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

El estrés laboral constituye uno de los riesgos psicosociales más relevantes en los centros sanitarios. Hospitales, centros de salud, laboratorios y otros dispositivos son organizaciones complejas en las que pueden coincidir elevada carga de trabajo, presión temporal, responsabilidad, atención al público, interrupciones frecuentes, turnicidad y necesidad de responder ante situaciones imprevistas.

Aunque suele prestarse especial atención al estrés de los profesionales directamente implicados en la asistencia, este riesgo puede afectar tanto al **personal sanitario como al no sanitario**. Médicos, enfermeras, TCAE, técnicos sanitarios y fisioterapeutas comparten la organización con celadores, administrativos, limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería, almacenes y numerosos profesionales que también pueden estar sometidos a importantes demandas.

El estrés laboral no debería entenderse exclusivamente como un problema individual ni como una falta de capacidad para afrontar el trabajo. Desde la prevención de riesgos laborales, resulta fundamental analizar las condiciones organizativas que pueden favorecer su aparición y actuar sobre ellas.

- **¿Qué es el estrés laboral?**

El estrés puede aparecer cuando las demandas percibidas del trabajo superan los recursos disponibles para afrontarlas adecuadamente.

Una cierta activación puede ser normal ante situaciones puntuales. El problema aparece cuando las demandas excesivas son intensas, frecuentes o se mantienen durante periodos prolongados sin una recuperación suficiente.

Entre las posibles manifestaciones encontramos:

- Cansancio.
- Irritabilidad.
- Dificultad para concentrarse.
- Problemas de sueño.
- Sensación de desbordamiento.
- Fatiga mental.
- Dificultades para desconectar.
- Disminución de la motivación.

La presencia de estas manifestaciones no debe utilizarse para responsabilizar al trabajador. Es necesario analizar también el contexto laboral.

- **Sobrecarga de trabajo**

La sobrecarga puede ser cuantitativa o cualitativa.

Existe **sobrecarga cuantitativa** cuando la cantidad de tareas supera razonablemente el tiempo y los recursos disponibles.

La **sobrecarga cualitativa** puede aparecer cuando las tareas requieren conocimientos, concentración o responsabilidad especialmente elevados sin disponer de recursos suficientes.

Ambas situaciones pueden coexistir.

Un trabajador puede no tener muchas tareas diferentes y, sin embargo, soportar una elevada carga mental debido a la complejidad de las decisiones que debe tomar.

- **Personal sanitario**

Los profesionales sanitarios pueden estar sometidos a múltiples demandas simultáneas:

- Atención a pacientes.
- Registro de información.
- Comunicación con familiares.
- Coordinación con otros profesionales.
- Realización de procedimientos.
- Gestión de situaciones imprevistas.

Las interrupciones frecuentes pueden incrementar todavía más la carga mental.

Cuando una actividad requiere especial concentración, reducir las interrupciones evitables constituye una medida preventiva.

- **TCAE**

Los TCAE pueden experimentar una elevada carga física y emocional.

La atención directa a pacientes, las movilizaciones, los cuidados básicos y la necesidad de responder a numerosas demandas pueden generar periodos de gran intensidad.

Una adecuada distribución de las tareas y una dotación suficiente son elementos importantes para evitar que la sobrecarga se convierta en una característica permanente del puesto.

- **Técnicos sanitarios**

Laboratorio, radiodiagnóstico, anatomía patológica y otras áreas técnicas requieren precisión y concentración.

El volumen de actividad, los plazos, las incidencias técnicas y la necesidad de evitar errores pueden incrementar la presión.

La organización debe permitir desarrollar las tareas que requieren precisión sin una presión temporal incompatible con la seguridad.

- **Celadores**

Los celadores reciben solicitudes procedentes de diferentes servicios y pueden tener que gestionar simultáneamente múltiples traslados.

Cuando todas las peticiones se consideran urgentes resulta difícil establecer prioridades.

Los sistemas organizativos deberían facilitar una priorización clara y evitar trasladar al trabajador conflictos derivados de demandas incompatibles.

- **Personal administrativo**

Los administrativos pueden encontrarse sometidos a una elevada carga mental.

En un mismo momento pueden coincidir:

- Atención presencial.
- Teléfono.
- Correo electrónico.
- Aplicaciones informáticas.
- Gestión documental.
- Reclamaciones.

La multitarea permanente puede reducir la concentración y aumentar la sensación de agotamiento.

Organizar canales y prioridades puede disminuir esta carga.

- **Personal de limpieza**

La presión temporal también afecta al personal de limpieza.

Habitaciones que deben prepararse rápidamente, incidencias inesperadas o cambios en la actividad pueden generar picos importantes de trabajo.

La planificación debe considerar el tiempo real necesario para realizar correctamente las tareas sin tener que sacrificar medidas de seguridad.

- **Mantenimiento**

Las averías urgentes pueden generar una elevada presión sobre mantenimiento.

Además, determinadas intervenciones presentan riesgos eléctricos, mecánicos o de otro tipo.

La urgencia nunca debería justificar eliminar medidas de seguridad.

Una reparación realizada bajo presión continúa necesitando procedimientos preventivos.

- **Turnicidad y nocturnidad**

Los turnos y el trabajo nocturno pueden dificultar la recuperación.

Los cambios de horario afectan al sueño y pueden interferir con la vida personal y familiar.

Cuando se combinan con elevada carga de trabajo, la capacidad de recuperación puede disminuir.

El diseño de turnos debe considerar criterios preventivos y no exclusivamente necesidades operativas.

- **Interrupciones**

Las interrupciones constantes constituyen una importante fuente de carga mental.

Cada vez que una persona abandona una tarea para atender otra necesita posteriormente recuperar el contexto de lo que estaba haciendo.

Cuando esto ocurre repetidamente aumenta el esfuerzo cognitivo.

No todas las interrupciones pueden eliminarse en sanidad, pero sí pueden reducirse aquellas que no son necesarias.

- **Falta de autonomía**

Tener cierto margen para organizar el propio trabajo puede facilitar la gestión de las demandas.

Por el contrario, una organización excesivamente rígida, combinada con exigencias elevadas, puede aumentar la percepción de estrés.

Siempre que las características del servicio lo permitan, debe favorecerse una participación razonable de los trabajadores en la organización de sus tareas.

- **Conflictos de rol**

El trabajador puede recibir instrucciones diferentes o incluso contradictorias procedentes de distintos responsables.

Esta situación genera incertidumbre y carga mental.

Las funciones, responsabilidades y prioridades deberían estar claramente definidas.

Cuando existen cambios organizativos, la comunicación adquiere especial importancia.

- **Falta de información**

La incertidumbre también puede convertirse en un factor de estrés.

Cambios de horarios, procedimientos, programas informáticos o funciones deberían comunicarse con suficiente claridad.

Una buena comunicación organizativa reduce rumores, errores y preocupaciones innecesarias.

- **Descansos**

Las pausas permiten recuperar parcialmente los recursos físicos y mentales.

Cuando la carga asistencial impide sistemáticamente realizar los descansos previstos, puede existir un problema organizativo que debe analizarse.

El descanso no debería depender exclusivamente de que “sobre tiempo”.

Forma parte de una adecuada organización preventiva.

- **Estrés y seguridad**

El estrés excesivo puede dificultar:

- Concentración.
- Memoria.
- Toma de decisiones.
- Comunicación.
- Capacidad para detectar errores.

Por ello, los riesgos psicosociales también pueden influir sobre otros aspectos de la seguridad laboral.

Prevenir el estrés puede contribuir indirectamente a reducir accidentes y errores.

- **Estrés y burnout no son exactamente lo mismo**

Aunque ambos conceptos están relacionados, no deben utilizarse como sinónimos.

El burnout o síndrome de desgaste profesional se relaciona con un proceso específico de agotamiento asociado al contexto laboral.

No todo episodio de estrés supone burnout.

Diferenciar adecuadamente los conceptos permite realizar evaluaciones e intervenciones más precisas.

- **Evaluación de riesgos psicosociales**

Los factores psicosociales deben formar parte de la prevención.

La evaluación puede analizar aspectos como:

- Carga de trabajo.
- Ritmo.
- Autonomía.
- Demandas emocionales.
- Relaciones laborales.
- Participación.
- Horarios.
- Conflictos de rol.

Los resultados deben utilizarse para planificar medidas preventivas concretas.

Evaluar sin actuar posteriormente reduce enormemente la utilidad del proceso.

- **Medidas organizativas**

Entre las posibles actuaciones preventivas se encuentran:

- Adecuar cargas y recursos.
- Mejorar la planificación.
- Definir prioridades.
- Reducir interrupciones evitables.
- Clarificar funciones.
- Mejorar la comunicación.
- Organizar adecuadamente turnos y descansos.
- Favorecer la participación.
- Formar a responsables y trabajadores.

Las medidas deben adaptarse a los problemas detectados en cada servicio.

- **Técnicas individuales: útiles, pero complementarias**

El ejercicio, las técnicas de relajación o una adecuada higiene del sueño pueden resultar beneficiosos para determinadas personas.

Sin embargo, no deberían utilizarse como sustituto de las medidas organizativas.

Si la causa principal es una carga de trabajo estructuralmente excesiva, enseñar técnicas de relajación no elimina el origen del riesgo.

La prevención debe priorizar la actuación sobre las condiciones laborales.

- **Participación de los trabajadores**

Los profesionales conocen directamente qué situaciones generan mayor presión.

Su participación permite identificar:

- Picos de actividad.
- Tareas duplicadas.
- Procesos innecesarios.
- Interrupciones.
- Problemas de coordinación.

Escuchar a quienes realizan diariamente el trabajo puede aportar soluciones prácticas que no siempre resultan evidentes desde fuera del servicio.

- **Conclusiones**

La **prevención del estrés y la sobrecarga laboral para personal sanitario y no sanitario** debe considerarse una parte esencial de la seguridad y salud en los centros sanitarios.

El estrés no afecta exclusivamente a los profesionales asistenciales. Administrativos, celadores, limpieza, mantenimiento y otros trabajadores pueden presentar importantes demandas físicas, cognitivas o emocionales.

La prevención debe evitar reducir el problema a la capacidad individual de cada persona para “soportar la presión”.

Es necesario analizar las cargas, horarios, interrupciones, recursos disponibles, organización, comunicación y posibilidades reales de descanso.

Las herramientas individuales pueden resultar útiles, pero deben complementar y nunca sustituir las mejoras organizativas.

Una organización saludable no es aquella que consigue que sus trabajadores soporten cada vez más presión, sino la que identifica las causas de la sobrecarga y actúa sobre ellas antes de que terminen afectando a la salud y a la seguridad.

- **Bibliografía**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación técnica sobre factores psicosociales y estrés laboral.
- World Health Organization. *Guidelines on Mental Health at Work*. Geneva: WHO; 2022.
- World Health Organization & International Labour Organization. *Mental Health at Work: Policy Brief*. Geneva; 2022.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Documentación sobre riesgos psicosociales y estrés en el trabajo.
- International Labour Organization. *Workplace Stress: A Collective Challenge*. Geneva: ILO; 2016.

La gestión del conocimiento en las organizaciones sanitarias: una herramienta para potenciar el aprendizaje del personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Las organizaciones sanitarias generan diariamente una enorme cantidad de conocimiento derivado de la actividad asistencial, la investigación, la docencia, la innovación y la experiencia acumulada por sus profesionales. Sin embargo, este conocimiento solo aporta valor cuando es compartido, actualizado y aplicado de forma sistemática para mejorar la atención sanitaria. La gestión del conocimiento se ha convertido, por tanto, en un elemento estratégico para garantizar la calidad asistencial, favorecer la innovación y asegurar la continuidad del aprendizaje dentro de las instituciones sanitarias.

La rápida evolución de la ciencia, la incorporación constante de nuevas tecnologías, la aparición de tratamientos innovadores y los cambios organizativos hacen imprescindible que los profesionales mantengan una actualización permanente. Al mismo tiempo, las jubilaciones y la movilidad

laboral pueden provocar la pérdida de conocimientos y experiencias de gran valor si no existen mecanismos adecuados para conservarlos y transmitirlos.

La gestión del conocimiento no es una responsabilidad exclusiva de los equipos directivos o de las unidades docentes. Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, psicólogos, técnicos superiores sanitarios, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo, celadores, profesionales de informática, mantenimiento, limpieza, logística, cocina y gestión contribuyen diariamente a generar información y experiencias que pueden convertirse en conocimiento útil para toda la organización.

Promover una cultura basada en el aprendizaje compartido fortalece la capacidad de adaptación, mejora la calidad de la asistencia y contribuye al desarrollo profesional continuo.

- **Concepto de gestión del conocimiento**

La gestión del conocimiento puede definirse como el conjunto de procesos destinados a identificar, crear, organizar, compartir, conservar y aplicar el conocimiento existente dentro de una organización para mejorar su funcionamiento y facilitar la consecución de sus objetivos.

Este proceso integra tanto el conocimiento explícito, que puede documentarse mediante protocolos, guías o procedimientos, como el conocimiento tácito, adquirido a través de la experiencia profesional.

El objetivo final consiste en transformar el conocimiento individual en un recurso colectivo al servicio de toda la organización.

- **Importancia en el ámbito sanitario**

La asistencia sanitaria evoluciona de forma constante gracias a los avances científicos y tecnológicos.

Una adecuada gestión del conocimiento permite:

- Mejorar la calidad asistencial.
- Favorecer la toma de decisiones basadas en la evidencia.
- Reducir la variabilidad clínica.
- Facilitar la innovación.
- Incrementar la seguridad del paciente.
- Optimizar la formación continuada.

Las organizaciones que aprenden continuamente responden con mayor eficacia a los cambios del entorno.

- **Tipos de conocimiento**

En el ámbito sanitario pueden distinguirse diferentes formas de conocimiento.

Entre ellas destacan:

- Conocimiento científico.
- Conocimiento clínico.
- Conocimiento organizativo.
- Conocimiento tecnológico.
- Experiencia profesional.
- Buenas prácticas asistenciales.

Todos ellos resultan necesarios para garantizar una atención integral y de calidad.

- **El papel del personal sanitario**

El personal sanitario genera conocimiento mediante la actividad asistencial, la investigación y la docencia.

Su contribución incluye:

- Desarrollo de protocolos.
- Participación en estudios científicos.
- Elaboración de guías clínicas.
- Formación de estudiantes y residentes.
- Evaluación de resultados.
- Implantación de buenas prácticas.

Compartir este conocimiento favorece la mejora continua de la organización.

- **La aportación del personal no sanitario**

El personal no sanitario también posee un importante conocimiento organizativo.

El personal administrativo conoce en profundidad los circuitos documentales y los procedimientos de gestión.

Los celadores aportan experiencia sobre movilidad, coordinación y logística asistencial.

Los profesionales de informática desarrollan soluciones digitales adaptadas a las necesidades clínicas.

Los equipos de mantenimiento, limpieza y logística generan conocimientos relacionados con infraestructuras, bioseguridad y gestión de recursos.

La integración de todas estas perspectivas enriquece el aprendizaje organizativo.

- **Herramientas para compartir conocimiento**

Las organizaciones sanitarias disponen de múltiples mecanismos para facilitar el intercambio de conocimientos.

Entre ellos destacan:

- Sesiones clínicas.
- Reuniones multidisciplinares.
- Comunidades de práctica.
- Plataformas digitales.
- Protocolos compartidos.
- Bibliotecas virtuales.
- Programas de mentoría.

Estas herramientas permiten difundir experiencias y reducir la pérdida de conocimiento.

- **Aprendizaje organizativo**

Las organizaciones que aprenden transforman la experiencia en oportunidades de mejora.

Este aprendizaje se produce mediante:

- Evaluación de resultados.
- Análisis de incidentes.
- Revisión de procedimientos.
- Intercambio de experiencias.
- Formación continuada.
- Innovación colaborativa.

El aprendizaje organizativo fortalece la capacidad de adaptación frente a nuevos desafíos.

- **Tecnología y gestión del conocimiento**

La transformación digital ha ampliado las posibilidades para gestionar el conocimiento sanitario.

Entre las herramientas más utilizadas destacan:

- Historia clínica electrónica.
- Gestores documentales.
- Plataformas de formación en línea.
- Inteligencia artificial.
- Repositorios científicos.
- Sistemas de apoyo a la decisión clínica.

Estas tecnologías facilitan el acceso rápido a información actualizada y favorecen la toma de decisiones basadas en la evidencia.

- **Formación permanente**

La actualización profesional constituye un componente esencial de la gestión del conocimiento.

Los programas formativos deben promover:

- Aprendizaje continuo.
- Competencias digitales.
- Investigación.
- Gestión de la calidad.
- Seguridad del paciente.
- Innovación asistencial.

La formación permanente mejora tanto el desempeño profesional como los resultados organizativos.

- **Barreras para la gestión del conocimiento**

Existen diversos factores que dificultan el intercambio de conocimientos.

Entre los más frecuentes destacan:

- Sobrecarga asistencial.
- Falta de tiempo.
- Escasa cultura colaborativa.
- Resistencia al cambio.

- Sistemas de información poco integrados.
- Insuficiente reconocimiento del aprendizaje compartido.
- Rotación de profesionales.

Identificar estas barreras permite diseñar estrategias para superarlas.

- **Beneficios organizativos**

Una adecuada gestión del conocimiento genera múltiples ventajas:

- Mayor calidad asistencial.
- Disminución de errores.
- Mejor coordinación.
- Incremento de la innovación.
- Conservación del conocimiento institucional.
- Mayor satisfacción profesional.
- Mejor adaptación a los cambios.
- Incremento de la eficiencia.

Estos beneficios repercuten directamente sobre pacientes, profesionales y organizaciones.

- **Perspectivas de futuro**

La gestión del conocimiento evolucionará durante los próximos años mediante el desarrollo de herramientas de inteligencia artificial, análisis masivo de datos, aprendizaje automático y plataformas colaborativas capaces de integrar información clínica, científica y organizativa en tiempo real.

No obstante, la tecnología solo será eficaz si se mantiene una cultura organizativa basada en la colaboración, la confianza y el compromiso con el aprendizaje permanente.

Las organizaciones sanitarias del futuro serán auténticas organizaciones que aprenden de forma continua.

- **Conclusiones**

La gestión del conocimiento constituye un elemento estratégico para garantizar la calidad, la innovación y la sostenibilidad de los sistemas sanitarios.

Su desarrollo requiere la implicación activa del personal sanitario y no sanitario, la creación de espacios para compartir experiencias, el fortalecimiento de la formación continuada y el aprovechamiento de las tecnologías de la información.

Las organizaciones capaces de transformar el conocimiento individual en aprendizaje colectivo responderán con mayor eficacia a los desafíos futuros y ofrecerán una atención más segura, eficiente y centrada en las necesidades de la población.

Invertir en conocimiento significa invertir en la mejora continua de los profesionales y, en consecuencia, en la excelencia de la asistencia sanitaria.

- **Bibliografía**

- Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company*. Oxford University Press; 1995.
- Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. Doubleday; 2006.
- Organización Mundial de la Salud. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Ginebra: OMS; 2016.
- Ministerio de Sanidad. *Plan de Formación Continuada del Sistema Nacional de Salud*. Madrid.
- Institute for Healthcare Improvement. *Science of Improvement: Building Knowledge for Better Care*. Boston.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Learning Health Systems*. Copenhague.
- Davenport TH, Prusak L. *Working Knowledge: How Organizations Manage What They Know*. Harvard Business School Press; 2000.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Health at a Glance: Europe*. París: OECD Publishing.
- World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra: OMS; 2021.
- Argyris C, Schön DA. *Organizational Learning II: Theory, Method and Practice*. Addison-Wesley; 1996.

Protección de datos personales en el ámbito sanitario: obligaciones y buenas prácticas para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La protección de los datos personales constituye uno de los pilares fundamentales de la actividad sanitaria. Los centros sanitarios gestionan diariamente información especialmente sensible, como datos identificativos, antecedentes médicos, diagnósticos, tratamientos, pruebas complementarias y otros aspectos relacionados con la salud de las personas. La confidencialidad de esta información no solo representa una obligación legal, sino también un compromiso ético que fortalece la confianza entre los pacientes y los profesionales.

El desarrollo de la historia clínica electrónica, la digitalización de los procesos asistenciales, el uso de dispositivos móviles y el intercambio de información entre diferentes niveles asistenciales han incrementado las posibilidades de acceso a los datos, pero también los riesgos asociados a un uso inadecuado de la información.

La protección de datos es una responsabilidad compartida. No corresponde únicamente a los servicios de informática o a los responsables de protección de datos. Todas las personas que trabajan en una organización sanitaria, con independencia de su categoría profesional, tienen la obligación de garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información a la que acceden durante el desempeño de sus funciones.

Concepto de protección de datos

La protección de datos personales consiste en el conjunto de principios, normas y medidas organizativas y técnicas destinadas a garantizar que la información relativa a una persona sea tratada de forma lícita, segura y respetando sus derechos fundamentales.

En el ámbito sanitario, este tratamiento debe garantizar:

- Licitud del tratamiento.
- Confidencialidad.
- Integridad de la información.
- Disponibilidad de los datos.
- Exactitud de los registros.
- Acceso únicamente por personal autorizado.

Su finalidad es proteger la privacidad de los pacientes y garantizar un tratamiento responsable de la información.

Marco normativo

La protección de datos sanitarios se fundamenta en un amplio marco legal.

Entre las principales normas destacan:

- Reglamento (UE) 2016/679, General de Protección de Datos (RGPD).
- Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.
- Normativa autonómica aplicable.
- Protocolos internos de cada organización sanitaria.

El conocimiento de este marco resulta esencial para desarrollar una práctica profesional segura.

Principios básicos

Toda actuación relacionada con datos personales debe respetar varios principios fundamentales.

Entre ellos destacan:

- Licitud, lealtad y transparencia.
- Limitación de la finalidad.
- Minimización de los datos.

- Exactitud.
- Limitación del plazo de conservación.
- Integridad y confidencialidad.

Estos principios deben aplicarse en todas las actividades de tratamiento.

Riesgos más frecuentes

Las incidencias relacionadas con la protección de datos suelen producirse por errores evitables.

Algunos ejemplos son:

- Acceder a historias clínicas sin justificación profesional.
- Compartir información con personas no autorizadas.
- Dejar documentación visible.
- Utilizar contraseñas inseguras.
- Enviar información al destinatario equivocado.
- Comentar información clínica en lugares públicos.

La mayoría de estas situaciones pueden prevenirse mediante buenas prácticas.

Buenas prácticas en el tratamiento de la información

Para proteger adecuadamente los datos personales resulta recomendable:

- Verificar la identidad antes de facilitar información.
- Mantener los equipos bloqueados cuando no se utilicen.
- Custodiar correctamente la documentación en papel.
- Destruir la documentación mediante procedimientos seguros.
- Utilizar únicamente aplicaciones autorizadas.
- Comunicar cualquier incidencia de seguridad.

Estas actuaciones reducen significativamente el riesgo de brechas de seguridad.

Gestión de la historia clínica

La historia clínica constituye uno de los documentos más sensibles dentro de una organización sanitaria.

Su gestión debe garantizar:

- Acceso únicamente por necesidad asistencial o funcional.

- Registro de los accesos realizados.
- Actualización de la información.
- Conservación conforme a la normativa.
- Protección frente a accesos indebidos.
- Disponibilidad cuando sea necesaria para la atención del paciente.

El respeto a estos criterios favorece la seguridad jurídica y asistencial.

Derechos de los pacientes

Las personas titulares de los datos disponen de diferentes derechos.

Entre ellos destacan:

- Derecho de acceso.
- Derecho de rectificación.
- Derecho de supresión cuando proceda.
- Derecho a la limitación del tratamiento.
- Derecho de oposición en los supuestos previstos.
- Derecho a recibir información sobre el tratamiento de sus datos.

Las organizaciones deben disponer de procedimientos para atender estas solicitudes.

Papel del personal sanitario

El personal sanitario desempeña un papel esencial en la protección de los datos.

Entre sus responsabilidades destacan:

- Acceder únicamente a la información necesaria para su actividad.
- Registrar correctamente la información clínica.
- Mantener la confidencialidad durante la asistencia.
- Evitar conversaciones sobre pacientes en espacios públicos.
- Informar de cualquier incidencia relacionada con la seguridad de la información.
- Cumplir los protocolos internos de protección de datos.

Estas actuaciones contribuyen a preservar la confianza de los pacientes.

Papel del personal no sanitario

El personal no sanitario también tiene una responsabilidad directa en la protección de los datos personales.

El personal administrativo gestiona citas, documentación, informes y datos identificativos, por lo que debe garantizar la confidencialidad de toda la información durante su tratamiento y archivo.

Los profesionales de informática implementan medidas de seguridad, controlan los accesos a los sistemas, supervisan la integridad de la información y mantienen actualizadas las herramientas tecnológicas.

Los servicios de documentación clínica custodian historias clínicas, controlan préstamos documentales, garantizan la correcta conservación de la información y colaboran en el cumplimiento de la normativa.

El personal de recursos humanos trata datos personales de los trabajadores, mientras que los departamentos de contratación, calidad, gestión económica y dirección manejan documentación que también requiere medidas específicas de protección.

Asimismo, los profesionales de mantenimiento, limpieza, seguridad, logística y servicios generales deben actuar con absoluta discreción cuando, debido a sus funciones, puedan tener acceso accidental a documentación o información sensible.

Gestión de incidentes de seguridad

Cuando se detecta una posible vulneración de la seguridad de los datos, es necesario actuar con rapidez.

Las actuaciones recomendadas incluyen:

- Comunicar inmediatamente la incidencia.
- Limitar el alcance del problema.
- Preservar las evidencias disponibles.
- Colaborar en la investigación.
- Aplicar las medidas correctoras.
- Revisar los procedimientos para evitar nuevas incidencias.

Una respuesta rápida reduce el impacto de la brecha de seguridad.

Formación y sensibilización

La formación constituye una de las principales herramientas preventivas.

Los programas formativos deberían abordar:

- Normativa vigente.

- Buenas prácticas.
- Uso seguro de los sistemas de información.
- Gestión de incidentes.
- Confidencialidad.
- Responsabilidades individuales.

La actualización periódica favorece una cultura de seguridad de la información.

Principales desafíos

Entre los retos actuales destacan:

- Incremento de la digitalización.
- Mayor intercambio de información entre organizaciones.
- Uso creciente de dispositivos móviles.
- Riesgo de accesos indebidos.
- Necesidad de formación continua.
- Evolución permanente de la normativa y de las amenazas tecnológicas.

La adaptación constante resulta imprescindible para mantener un elevado nivel de protección.

Perspectivas de futuro

La protección de datos en el ámbito sanitario continuará evolucionando mediante:

- Sistemas avanzados de autenticación.
- Inteligencia artificial para detectar accesos anómalos.
- Automatización del control de permisos.
- Cifrado reforzado de la información.
- Auditorías continuas de seguridad.
- Mayor concienciación de todos los profesionales.

Estas medidas permitirán fortalecer la privacidad y la confianza en los sistemas sanitarios.

Conclusiones

La protección de los datos personales constituye una responsabilidad compartida por todas las personas que trabajan en una organización sanitaria.

El cumplimiento de la normativa, la aplicación de buenas prácticas y la utilización responsable de la información permiten proteger los derechos de los pacientes y garantizar la confidencialidad de uno de los activos más valiosos del sistema sanitario: la información.

La colaboración entre el personal sanitario y el personal no sanitario resulta imprescindible para consolidar una cultura de protección de datos sólida y eficaz. Solo mediante el compromiso individual y colectivo será posible ofrecer una asistencia segura, respetuosa con la privacidad y adaptada a los desafíos de la transformación digital.

Bibliografía

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos).
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). *Guía para pacientes y usuarios de la Sanidad*.
- Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). *Guía de Protección de Datos y Relaciones Laborales*.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*.
- Instituto Nacional de Ciberseguridad (INCIBE). *Buenas prácticas para la protección de la información en el ámbito sanitario*.

La prevención del riesgo por sobrecarga de información en los centros sanitarios: cuando demasiados datos dificultan trabajar con seguridad al personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Los centros sanitarios generan diariamente una enorme cantidad de información. Historias clínicas, correos electrónicos, instrucciones, protocolos, avisos, resultados, llamadas telefónicas, aplicaciones informáticas, cartelería, mensajes internos, incidencias, solicitudes y comunicaciones entre profesionales forman parte de una jornada habitual.

Disponer de información es imprescindible para trabajar correctamente. Sin embargo, recibir demasiados datos, especialmente cuando llegan simultáneamente desde diferentes canales, puede generar el efecto contrario: dificultar la identificación de aquello que realmente es importante.

Este fenómeno se conoce habitualmente como sobrecarga de información y puede afectar a cualquier trabajador, independientemente de su categoría profesional.

Personal sanitario y no sanitario necesitan seleccionar continuamente entre numerosos estímulos para determinar qué información requiere una actuación inmediata, cuál puede esperar y cuál simplemente debe conocerse.

Cuando esta selección se realiza bajo presión, con interrupciones y elevada carga de trabajo, aumenta la carga mental y pueden producirse olvidos, confusiones o retrasos.

Por ello, gestionar adecuadamente la información constituye también una estrategia de prevención y seguridad.

- **¿Qué es la sobrecarga de información?**

La sobrecarga aparece cuando la cantidad, velocidad o complejidad de la información recibida supera temporalmente nuestra capacidad para procesarla eficazmente.

No significa necesariamente que exista demasiada información en términos absolutos.

El problema puede encontrarse también en cómo se presenta.

Diez datos claramente organizados pueden ser más fáciles de procesar que cinco mensajes recibidos simultáneamente por diferentes canales.

- **Muchos canales para una misma jornada**

Un trabajador puede recibir información mediante:

- Comunicación verbal.
- Teléfono.
- Correo electrónico.
- Aplicaciones corporativas.
- Historia clínica electrónica.
- Mensajería.
- Reuniones.
- Cartelería.
- Protocolos.
- Avisos internos.

Cuando no está claramente establecido qué canal debe utilizarse para cada cuestión, localizar posteriormente una información puede resultar complicado.

- **Consecuencias sobre la atención**

El cerebro humano dispone de una capacidad limitada para mantener información simultáneamente.

Cuando se acumulan demasiados datos puede resultar más difícil:

- Establecer prioridades.
- Mantener la concentración.
- Recordar instrucciones.
- Tomar decisiones.
- Detectar cambios importantes.
- Finalizar las tareas iniciadas.

Esta situación puede incrementar además la sensación de cansancio mental.

- **Personal sanitario**

Los profesionales sanitarios gestionan continuamente información relacionada con pacientes, tratamientos, pruebas, procedimientos y cambios clínicos.

El problema no suele ser la existencia de información, sino identificar rápidamente cuál requiere una respuesta prioritaria.

Los sistemas deberían facilitar que los datos críticos puedan diferenciarse claramente de la información secundaria.

Una alerta importante pierde eficacia cuando aparece rodeada de numerosas alertas irrelevantes.

- **TCAE**

Los TCAE reciben información procedente de diferentes profesionales y mantienen un contacto muy estrecho con los pacientes.

Para desarrollar adecuadamente sus funciones necesitan conocer de forma clara cuestiones relacionadas con:

- Movilidad.
- Alimentación.
- Higiene.
- Aislamientos.
- Necesidades específicas.
- Cambios relevantes.

La transmisión debe centrarse en aquella información necesaria para realizar correctamente las actividades asignadas.

- **Técnicos superiores sanitarios**

En laboratorios, radiodiagnóstico, anatomía patológica y otras áreas técnicas se manejan grandes cantidades de datos.

La información puede incluir:

- Identificación.
- Solicitudes.
- Parámetros técnicos.
- Resultados.
- Alertas.
- Controles.

- Incidencias de equipos.

Una adecuada organización de los sistemas de información reduce la posibilidad de que un dato relevante pase inadvertido.

- **Personal administrativo**

La sobrecarga informativa puede resultar especialmente significativa para el personal administrativo.

Durante una misma jornada pueden coincidir:

- Atención presencial.
- Teléfono.
- Correos electrónicos.
- Aplicaciones informáticas.
- Documentación.
- Solicitudes profesionales.
- Consultas de usuarios.

La acumulación puede favorecer errores y aumentar considerablemente la carga mental.

Disponer de canales y procedimientos claros facilita el trabajo.

- **Celadores**

Aunque su actividad no se asocie habitualmente con la gestión de información, los celadores reciben continuamente indicaciones sobre:

- Traslados.
- Destinos.
- Prioridades.
- Equipos.
- Necesidades específicas de determinados pacientes.

Cuando las solicitudes proceden simultáneamente de diferentes personas puede resultar difícil establecer prioridades.

Los sistemas organizativos deben evitar instrucciones contradictorias.

- **Personal de limpieza**

Los profesionales de limpieza también necesitan información precisa para desarrollar su actividad.

Pueden requerir conocer:

- Habitaciones pendientes.
- Aislamientos.
- Limpiezas especiales.
- Áreas restringidas.
- Cambios de circuito.
- Incidencias.

La información debe ser suficiente para trabajar con seguridad, pero evitando comunicaciones innecesariamente complejas.

- **Mantenimiento**

Los servicios de mantenimiento reciben solicitudes procedentes de múltiples unidades.

Si todas las incidencias se transmiten como urgentes resulta imposible establecer prioridades reales.

Un sistema eficaz debería permitir distinguir entre:

- Riesgos inmediatos.
- Averías importantes.
- Incidencias ordinarias.
- Actuaciones programables.

La clasificación de la información mejora la utilización de los recursos disponibles.

- **El problema de considerar todo urgente**

Cuando absolutamente todos los mensajes se presentan como prioritarios, ninguno destaca realmente.

Utilizar continuamente expresiones como:

“URGENTE”.

“IMPORTANTE”.

“PRIORITARIO”.

puede generar una pérdida progresiva de su significado.

La prioridad debe reservarse para aquellas situaciones que realmente requieren una respuesta rápida.

- **Alertas informáticas**

Los sistemas digitales pueden proporcionar avisos muy útiles.

Sin embargo, un exceso de ventanas emergentes, recordatorios y alertas puede generar lo que se conoce como fatiga por alertas.

Cuando los profesionales reciben continuamente advertencias de escasa relevancia pueden comenzar a cerrarlas automáticamente.

Esto puede provocar que posteriormente una alerta realmente importante pase inadvertida.

- **Correos electrónicos**

El correo electrónico constituye una herramienta fundamental, pero puede generar una importante carga informativa.

Algunas medidas organizativas útiles son:

- Utilizar asuntos claros.
- Evitar destinatarios innecesarios.
- Diferenciar información y solicitudes.
- Evitar cadenas excesivamente largas.
- Indicar claramente cuando existe un plazo.

Un correo breve y estructurado suele ser más eficaz que un mensaje extenso donde la petición principal aparece escondida entre numerosos datos.

- **Protocolos excesivamente complejos**

Los procedimientos y protocolos son esenciales, pero deben resultar utilizables.

Cuando un profesional necesita consultar rápidamente cómo actuar ante una situación concreta, debería poder localizar fácilmente la información relevante.

Puede resultar útil disponer de:

- Índices.
- Algoritmos.
- Tablas.
- Resúmenes.
- Listas de comprobación.

Estos recursos no sustituyen al protocolo completo, pero facilitan su utilización práctica.

- **Información desactualizada**

Otro riesgo aparece cuando conviven simultáneamente diferentes versiones de un mismo documento.

Un procedimiento antiguo almacenado en una carpeta puede continuar utilizándose por error después de haber sido sustituido.

Las organizaciones deberían disponer de mecanismos para:

- Identificar las versiones vigentes.
- Retirar documentos obsoletos.
- Comunicar las actualizaciones.
- Centralizar la documentación.

La información incorrecta puede ser más peligrosa que la ausencia de información.

- **Reuniones**

Las reuniones también pueden generar sobrecarga cuando no tienen objetivos claros.

Una reunión eficaz debería permitir identificar:

- Qué se ha decidido.
- Quién debe realizar cada actuación.
- Cuándo debe hacerse.
- Qué cuestiones continúan pendientes.

Resumir los acuerdos facilita posteriormente su seguimiento.

- **Cartelería excesiva**

Los centros sanitarios utilizan numerosos carteles informativos.

Cuando una pared contiene demasiados avisos, el trabajador puede dejar de prestar atención a todos ellos.

La cartelería debería revisarse periódicamente para retirar:

- Avisos caducados.
- Información duplicada.
- Documentos deteriorados.
- Comunicaciones que ya no son relevantes.

Menos información, correctamente seleccionada, puede tener mayor impacto.

- **El derecho a preguntar**

Cuando una instrucción no está clara, preguntar constituye una conducta preventiva.

No debe asumirse que solicitar una aclaración demuestra falta de conocimiento.

Expresiones como:

“¿Cuál es la prioridad?”

“¿Qué versión del procedimiento está vigente?”

“¿Qué necesitas exactamente?”

pueden evitar errores posteriores.

- **El papel de los responsables**

Supervisores, coordinadores y responsables pueden contribuir significativamente a reducir la sobrecarga informativa.

Entre sus actuaciones pueden encontrarse:

Establecer canales claros.

Priorizar mensajes.

Evitar duplicidades.

Simplificar instrucciones.

Centralizar documentación.

Retirar información obsoleta.

Una buena comunicación no consiste en enviar más mensajes, sino en conseguir que la información necesaria llegue a la persona adecuada en el momento adecuado.

- **Beneficios de gestionar adecuadamente la información**

Una adecuada gestión puede contribuir a:

Reducir errores.

Disminuir la carga mental.

Mejorar la concentración.

Facilitar la toma de decisiones.

Evitar duplicidades.

Reducir interrupciones.

Mejorar la coordinación.

Incrementar la eficiencia.

Además, facilita que las verdaderas situaciones urgentes puedan reconocerse rápidamente.

- **Conclusiones**

La información constituye uno de los recursos más importantes de cualquier organización sanitaria, pero su exceso o una gestión inadecuada pueden convertirse en una fuente adicional de carga mental.

Este problema afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Correos electrónicos, alertas, llamadas, instrucciones, protocolos, mensajes y aplicaciones deben organizarse de manera que los trabajadores puedan identificar fácilmente qué información necesitan y cuál requiere una actuación prioritaria.

La solución no consiste en proporcionar menos información necesaria, sino en ofrecerla de forma más clara, estructurada y accesible.

También resulta fundamental eliminar documentación obsoleta, racionalizar las alertas y evitar considerar todas las comunicaciones como urgentes.

En organizaciones tan complejas como los centros sanitarios, comunicar mejor significa también trabajar con mayor seguridad.

La información verdaderamente importante debe ser fácil de encontrar, fácil de comprender y difícil de pasar por alto.

- **Bibliografía**

- World Health Organization. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Geneva: WHO; 2021.
- World Health Organization. *Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition*. Geneva: WHO; 2011.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Carga mental de trabajo*. Madrid: INSST.
- Eppler MJ, Mengis J. The concept of information overload: a review of literature from organization science, accounting, marketing, MIS, and related disciplines. *The Information Society*. 2004;20(5):325-344.
- Agency for Healthcare Research and Quality. *Patient Safety Network: Alert Fatigue*. Rockville: AHRQ.

- European Agency for Safety and Health at Work. *Psychosocial Risks and Mental Health at Work*. Bilbao: EU-OSHA.
- The Joint Commission. *Quick Safety: Managing Health IT Risks and Alert Fatigue*. Oakbrook Terrace: The Joint Commission.
- Organización Internacional del Trabajo. *Seguridad y salud en el trabajo*. Ginebra: OIT.

Prevención de riesgos derivados de la temperatura y el confort térmico para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La temperatura del lugar de trabajo influye directamente en el bienestar, la concentración y la capacidad para desarrollar las tareas con seguridad. En los centros sanitarios conviven espacios con características muy diferentes:

habitaciones, consultas, oficinas, almacenes, cocinas, lavanderías, talleres, laboratorios, zonas exteriores o cámaras de conservación.

Por ello, el confort térmico constituye una cuestión **transversal para personal sanitario y no sanitario**. Médicos, enfermeras, TCAE, técnicos, administrativos, celadores, limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería y otros profesionales pueden estar expuestos a temperaturas inadecuadas durante su jornada.

El problema no se limita a situaciones extremas de frío o calor. Una temperatura moderadamente inadecuada mantenida durante horas puede producir molestias, fatiga, pérdida de concentración y disminución del rendimiento.

La prevención debe considerar la temperatura, humedad, ventilación, actividad física, ropa utilizada y tiempo de exposición.

¿Qué es el confort térmico?

Existe confort térmico cuando una persona percibe unas condiciones ambientales satisfactorias respecto a la temperatura.

Sin embargo, esta percepción puede variar entre trabajadores.

Influyen factores como:

- Temperatura ambiental.
- Humedad.
- Corrientes de aire.
- Actividad física.
- Ropa.
- Duración de la exposición.

Por ello, regular correctamente las condiciones ambientales requiere considerar las características reales de cada puesto.

Exposición al calor

Determinados espacios pueden presentar temperaturas elevadas debido a la actividad desarrollada o a los equipos existentes.

Puede ocurrir especialmente en:

- Cocinas.
- Lavanderías.
- Salas técnicas.
- Determinados trabajos de mantenimiento.

- Zonas exteriores durante el verano.

La actividad física intensa puede aumentar considerablemente la carga térmica.

Signos relacionados con el calor

Una exposición excesiva puede provocar inicialmente:

- Sed intensa.
- Fatiga.
- Dolor de cabeza.
- Mareo.
- Debilidad.
- Sudoración elevada.

En situaciones más importantes pueden aparecer alteraciones que requieran atención inmediata.

Los trabajadores deben conocer los procedimientos establecidos ante síntomas compatibles con una exposición térmica excesiva.

Hidratación

Cuando las condiciones de trabajo favorecen una elevada pérdida de líquidos, mantener una hidratación adecuada adquiere especial importancia.

No debería esperarse siempre a sentir una sed intensa.

En aquellos puestos donde exista exposición relevante al calor, la organización preventiva debe contemplar el acceso adecuado a agua y las medidas necesarias de recuperación.

Personal de cocina

Las cocinas pueden concentrar diferentes fuentes de calor:

- Hornos.
- Fogones.
- Lavavajillas.
- Equipos de cocción.
- Vapor.

Una adecuada ventilación y extracción resulta fundamental.

Los equipos deben mantenerse correctamente para evitar que el calor generado se acumule innecesariamente en el ambiente.

Lavanderías

Lavadoras, secadoras y otros equipos pueden contribuir a elevar la temperatura y humedad ambiental.

Cuando se combina calor con una elevada humedad, la sensación térmica puede aumentar considerablemente.

La ventilación y mantenimiento de las instalaciones resultan especialmente importantes.

Personal de mantenimiento

Los trabajadores de mantenimiento pueden realizar actividades en salas de máquinas, cubiertas, espacios exteriores o zonas con climatización limitada.

Antes de una intervención deben valorarse las condiciones ambientales.

Cuando exista exposición importante al calor puede ser necesario organizar:

- Duración de las tareas.
- Pausas.
- Hidratación.
- Horarios.

La planificación preventiva resulta especialmente importante durante episodios de temperaturas extremas.

Trabajo en exteriores

Determinados profesionales pueden desplazarse o trabajar temporalmente en espacios exteriores.

Durante periodos de altas temperaturas deben considerarse:

- Exposición solar.
- Horarios.
- Actividad física.
- Acceso a zonas de descanso.
- Hidratación.

Las condiciones meteorológicas pueden modificar considerablemente el riesgo de una tarea que normalmente se desarrolla sin dificultad.

Exposición al frío

También existen actividades donde puede producirse exposición a bajas temperaturas.

Puede ocurrir en:

- Cámaras frigoríficas.
- Determinados almacenes.
- Trabajos exteriores.
- Zonas con problemas de climatización.

El frío puede reducir la destreza manual y aumentar la rigidez muscular, dificultando algunas tareas.

Cámaras frigoríficas

El acceso a cámaras debe organizarse conforme a las características del trabajo.

La ropa debe ser adecuada y el tiempo de permanencia debe adaptarse a las condiciones existentes.

También es fundamental que los sistemas de apertura y seguridad funcionen correctamente.

Cualquier avería debe comunicarse inmediatamente.

Oficinas

El confort térmico también resulta importante en trabajos administrativos.

Las diferencias de temperatura entre puestos pueden producirse por:

- Ventanas.
- Orientación solar.
- Salidas de climatización.
- Distribución del mobiliario.

Colocar un puesto directamente bajo una salida de aire puede generar molestias aunque la temperatura media de la habitación sea adecuada.

Corrientes de aire

Una corriente continua dirigida hacia un trabajador puede provocar incomodidad, especialmente durante actividades sedentarias.

Antes de modificar excesivamente la temperatura general de una estancia conviene comprobar si el problema procede de:

- Orientación de una rejilla.

- Ventana.
- Puerta.
- Distribución del puesto.

En ocasiones, una pequeña modificación puede solucionar el problema.

Personal sanitario

En áreas asistenciales debe buscarse un equilibrio entre las necesidades de los trabajadores y las características de los pacientes.

Algunos profesionales realizan una elevada actividad física, mientras que los pacientes pueden permanecer inmóviles durante periodos prolongados.

Esto puede provocar percepciones térmicas diferentes.

La regulación ambiental debe considerar ambas circunstancias.

Uso de equipos de protección

Determinados EPI pueden dificultar la eliminación del calor corporal.

Batas, protección respiratoria y otros equipos pueden aumentar la sensación térmica cuando se utilizan durante periodos prolongados.

La evaluación preventiva debe considerar esta circunstancia cuando la actividad requiera una utilización intensiva de protección.

Celadores

El traslado de camas, camillas y equipos puede implicar una importante actividad física.

En ambientes cálidos, el esfuerzo aumenta la carga térmica.

Además, los celadores pueden desplazarse continuamente entre zonas con temperaturas muy diferentes.

Estas variaciones también deben considerarse dentro de las condiciones del puesto.

Personal de limpieza

La actividad física y determinados equipos pueden aumentar la producción de calor corporal.

En espacios pequeños o mal ventilados, las condiciones pueden resultar especialmente incómodas.

Debe evitarse bloquear rejillas de ventilación con carros, materiales u otros elementos.

Climatización

Los sistemas de climatización requieren un mantenimiento adecuado.

Filtros, conductos, rejillas y equipos deben revisarse según los programas establecidos.

Cuando un trabajador detecta:

- Temperaturas anormales.
- Olores.
- Ruidos extraños.
- Falta de ventilación.

debe comunicarlo para que pueda comprobarse el sistema.

Temperatura y concentración

El exceso de calor puede aumentar la sensación de cansancio y reducir la capacidad de concentración.

El frío excesivo también puede generar incomodidad y dificultar determinadas tareas.

Por ello, el confort térmico no es únicamente una cuestión de comodidad.

Un trabajador fatigado o distraído puede presentar mayor probabilidad de cometer errores o sufrir accidentes.

Diferencias individuales

No todas las personas perciben la temperatura de la misma manera.

Esto explica por qué en una misma habitación algunos trabajadores pueden sentir frío mientras otros consideran que hace calor.

La prevención debe buscar unas condiciones adecuadas para la actividad y evitar soluciones improvisadas que generen nuevos riesgos.

Calefactores particulares

Introducir calefactores personales sin autorización puede generar riesgos:

- Eléctricos.
- Incendio.
- Sobrecarga de instalaciones.
- Quemaduras.

Cuando existe un problema térmico persistente debe comunicarse para que se valore la causa y se adopte una solución segura.

Ventiladores

Los ventiladores pueden mejorar temporalmente la sensación térmica en determinadas circunstancias, pero no solucionan todos los problemas de calor.

Además, su utilización debe ser compatible con las condiciones higiénicas y características del área sanitaria.

No deberían instalarse de forma improvisada en zonas donde puedan interferir con los procedimientos establecidos.

Episodios meteorológicos extremos

Las olas de calor y los episodios de frío intenso requieren especial vigilancia.

Las organizaciones deben considerar las previsiones meteorológicas cuando puedan afectar a trabajadores expuestos.

Puede ser necesario adaptar temporalmente:

- Horarios.
- Tareas.
- Pausas.
- Organización.
- Medidas de hidratación o protección.

La prevención debe anticiparse al riesgo siempre que sea posible.

Comunicación de problemas

Los trabajadores deben comunicar situaciones como:

- Temperaturas persistentemente elevadas.
- Frío excesivo.
- Averías de climatización.
- Corrientes intensas.
- Problemas de ventilación.

Cuando las quejas afectan a varios trabajadores o se mantienen en el tiempo puede ser necesario realizar una evaluación específica.

Evaluación preventiva

Las condiciones térmicas deben analizarse de forma objetiva cuando exista riesgo.

No basta con valorar únicamente la temperatura.

En determinados casos deben considerarse otros factores como humedad, velocidad del aire, actividad metabólica y ropa utilizada.

Esto permite seleccionar medidas adaptadas al problema real.

Conclusiones

La **prevención de riesgos relacionados con la temperatura para personal sanitario y no sanitario** constituye un ámbito transversal dentro de los centros sanitarios.

Calor, frío, humedad y corrientes de aire pueden afectar al bienestar, la concentración y la seguridad de los trabajadores.

Algunos colectivos pueden presentar exposiciones específicas debido a cocinas, lavanderías, cámaras frigoríficas, trabajos exteriores o salas técnicas, mientras que otros pueden experimentar problemas relacionados con la climatización de oficinas y espacios asistenciales.

La prevención debe priorizar medidas organizativas y técnicas: ventilación, climatización adecuada, mantenimiento, hidratación, organización de tareas y adaptación ante temperaturas extremas.

El confort térmico no es simplemente una cuestión de preferencia personal: unas condiciones ambientales adecuadas forman parte de un entorno de trabajo seguro y saludable para todo el personal sanitario y no sanitario.

Bibliografía

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

Real Decreto-ley 4/2023, de 11 de mayo, en relación con la prevención de riesgos laborales durante episodios de temperaturas extremas.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre ambiente térmico, estrés térmico y trabajo con calor.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los lugares de trabajo*.

European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Documentación sobre exposición al calor y temperaturas extremas en el trabajo.

Organización Internacional del Trabajo. Documentación sobre estrés térmico, cambio climático y seguridad y salud laboral.

Organización Mundial de la Salud. Documentación sobre efectos del calor y temperaturas extremas en la salud.

La importancia del orden y la organización del puesto de trabajo en los centros sanitarios: seguridad, eficiencia y prevención de riesgos

- **Introducción**

El orden en el puesto de trabajo puede parecer una cuestión secundaria frente a otros riesgos presentes en los centros sanitarios. Sin embargo, una zona desorganizada puede favorecer accidentes, retrasos, errores y situaciones de estrés que podrían evitarse con medidas relativamente sencillas.

Material acumulado en lugares inadecuados, carros que bloquean zonas de paso, documentación difícil de localizar, cajones abiertos, equipos mal colocados, almacenes desorganizados o materiales que no se reponen correctamente son situaciones que pueden afectar al funcionamiento diario.

Este problema no es exclusivo de ninguna categoría profesional. Personal sanitario y no sanitario necesitan espacios organizados para desarrollar sus funciones de forma segura.

Enfermería, medicina, TCAE, técnicos, celadores, administrativos, limpieza, mantenimiento, cocina, almacenes y otros profesionales pueden beneficiarse de una adecuada organización del entorno.

El orden no debe entenderse únicamente como una cuestión estética. En prevención de riesgos laborales, disponer de cada elemento en un lugar adecuado puede evitar accidentes y facilitar una respuesta más rápida cuando realmente se necesita.

- **Orden y seguridad**

Un entorno desorganizado puede generar diferentes riesgos:

- Tropiezos y caídas.
- Golpes.
- Dificultades para localizar material.
- Obstáculos en vías de circulación.
- Errores en la selección de productos.
- Sobrecarga de espacios.
- Problemas durante una evacuación.

Por ello, mantener el orden debe formar parte de la actividad cotidiana y no únicamente de actuaciones puntuales.

- **Cada material debe tener su lugar**

Una de las medidas más sencillas consiste en establecer ubicaciones claramente definidas para los materiales.

Cuando cada elemento dispone de un lugar conocido se reduce el tiempo necesario para buscarlo.

Esto resulta especialmente importante cuando se necesita actuar rápidamente.

La ubicación debería responder a criterios de:

- Frecuencia de utilización.
- Seguridad.
- Accesibilidad.
- Peso.

- Características del material.
- Necesidades de conservación.

Los objetos utilizados con mayor frecuencia deberían encontrarse en zonas fácilmente accesibles siempre que sea compatible con los requisitos de seguridad.

- **Evitar almacenar en zonas de paso**

Los pasillos y vías de circulación deben mantenerse despejados.

No deberían utilizarse como zonas temporales para dejar:

- Cajas.
- Carros.
- Equipos.
- Mobiliario.
- Residuos.
- Material pendiente de almacenar.

Un objeto colocado “solo durante unos minutos” puede provocar una caída o dificultar el traslado de un paciente.

Además, durante una emergencia puede convertirse en un obstáculo para la evacuación.

- **Personal sanitario**

En las áreas asistenciales, la organización del material facilita la actividad cotidiana.

Cuando los profesionales conocen exactamente dónde se encuentran los recursos necesarios pueden reducir desplazamientos y pérdidas de tiempo.

También resulta importante evitar la acumulación innecesaria de materiales en:

- Controles.
- Habitaciones.
- Carros.
- Superficies de trabajo.

El espacio disponible debe utilizarse racionalmente.

- **TCAE**

Los TCAE manejan diariamente numerosos materiales relacionados con higiene, cuidados y atención a pacientes.

Una correcta organización permite:

- Localizar rápidamente los recursos.
- Detectar necesidades de reposición.
- Evitar acumulaciones.
- Mantener zonas de trabajo despejadas.
- Facilitar la limpieza.

La organización debe ser compartida por todos los profesionales que utilizan esos materiales.

- **Técnicos superiores sanitarios**

En laboratorios y áreas técnicas, el orden adquiere especial importancia.

La presencia simultánea de muestras, reactivos, documentación y equipos requiere establecer zonas claramente diferenciadas.

Una mesa desorganizada puede aumentar la posibilidad de:

- Confusiones.
- Contaminaciones.
- Derrames.
- Errores de identificación.

Mantener únicamente los elementos necesarios para la actividad que se está realizando puede facilitar la concentración.

- **Celadores**

Los celadores necesitan vías de circulación despejadas para trasladar:

- Camas.
- Camillas.
- Sillas de ruedas.
- Equipamiento.

Un pasillo parcialmente bloqueado puede obligar a realizar maniobras innecesarias y aumentar el riesgo de golpes o accidentes.

Mantener los circuitos libres beneficia tanto a trabajadores como a pacientes.

- **Personal administrativo**

El orden también resulta importante en los puestos administrativos.

Documentos acumulados, cajas bajo las mesas, cables mal organizados o cajones abiertos pueden generar riesgos.

Además, una correcta gestión documental facilita localizar rápidamente la información necesaria.

Cuando se maneja documentación con datos personales, el orden contribuye también a evitar exposiciones indebidas de información.

- **Personal de limpieza**

Los trabajadores de limpieza necesitan espacios organizados para realizar correctamente sus funciones.

La acumulación de objetos puede:

- Dificultar la limpieza.
- Crear zonas inaccesibles.
- Favorecer acumulación de suciedad.
- Incrementar el tiempo necesario para completar las tareas.

Por ello, el orden constituye también un elemento relacionado con la higiene del entorno sanitario.

- **Personal de mantenimiento**

Las zonas técnicas y talleres requieren una organización especialmente cuidadosa.

Herramientas, piezas, productos y equipos deben mantenerse en lugares adecuados.

Después de una intervención resulta fundamental retirar:

- Herramientas.
- Cables.
- Restos de materiales.
- Embalajes.
- Elementos utilizados durante la reparación.

La zona debe quedar nuevamente en condiciones seguras.

- **Almacenes**

Los almacenes sanitarios pueden contener una gran cantidad de productos.

Una correcta organización debe facilitar:

- Identificación.
- Rotación.
- Control de existencias.
- Acceso seguro.
- Limpieza.
- Detección de productos deteriorados o caducados.

Las cargas más pesadas deben almacenarse de manera que su manipulación resulte segura.

No debe utilizarse cualquier espacio libre simplemente porque exista disponibilidad.

- **Evitar acumulaciones innecesarias**

Guardar materiales “por si acaso” puede terminar generando problemas.

La acumulación excesiva:

- Reduce espacio.
- Dificulta la limpieza.
- Complica el inventario.
- Puede ocultar productos caducados.
- Incrementa el riesgo de caída de objetos.

Los niveles de almacenamiento deben responder a las necesidades reales del servicio.

Reposición de materiales

El orden también implica disponer de sistemas adecuados de reposición.

Cuando un profesional utiliza el último elemento disponible y no existe un mecanismo para comunicarlo, el siguiente trabajador puede descubrir la falta precisamente cuando necesita utilizarlo.

Los sistemas de reposición deben ser:

- Claros.
- Sencillos.

- Conocidos.
- Adaptados a cada unidad.

Una correcta gestión evita tanto la escasez como la acumulación excesiva.

- **Etiquetado**

Los cajones, estanterías y armarios pueden identificarse cuando resulte útil.

Un etiquetado sencillo facilita:

- Localizar materiales.
- Reponer correctamente.
- Evitar confusiones.
- Mantener el orden después de cada utilización.

Sin embargo, debe revisarse periódicamente para evitar que permanezcan etiquetas correspondientes a materiales que ya no se almacenan allí.

- **El problema del "ya lo recogeré después"**

Muchas situaciones de desorden comienzan como algo temporal.

Una caja queda en un pasillo porque posteriormente se llevará al almacén.

Un equipo se deja fuera de su ubicación porque volverá a utilizarse.

Un material permanece sobre una superficie porque alguien lo recogerá después.

Cuando estas situaciones se acumulan, lo temporal termina convirtiéndose en permanente.

Siempre que sea posible, resulta preferible completar el proceso y devolver cada elemento a su lugar.

- **Responsabilidad compartida**

Mantener el orden no debe recaer exclusivamente sobre determinadas categorías profesionales.

Cada trabajador debe responsabilizarse de los materiales y espacios que utiliza dentro de sus competencias.

Una organización eficaz requiere normas compartidas.

Si cada persona coloca los objetos donde considera conveniente, el sistema deja rápidamente de funcionar.

- **Orden y carga mental**

Un entorno desorganizado también puede incrementar la carga mental.

Buscar continuamente:

Documentación.

Material.

Equipos.

Herramientas.

Formularios.

genera pequeñas interrupciones y frustraciones que se acumulan durante la jornada.

Una organización clara permite dedicar más atención a la actividad realmente importante.

- **Orden y emergencias**

Durante una emergencia, disponer de los recursos correctamente ubicados resulta especialmente importante.

Equipos de emergencia, salidas, extintores y vías de evacuación nunca deben quedar bloqueados.

Todos los profesionales deben conocer dónde se encuentran los elementos necesarios para actuar ante determinadas situaciones.

- **Revisiones periódicas**

El orden debe mantenerse, no conseguirse únicamente una vez.

Puede resultar útil realizar revisiones periódicas para detectar:

Material innecesario.

Productos caducados.

Equipos fuera de uso.

Etiquetado incorrecto.

Obstáculos.

Necesidades de reorganización.

Los espacios y las necesidades cambian con el tiempo.

- **El papel de los responsables**

Los responsables deben facilitar una organización adecuada mediante:

- Espacio suficiente.

- Sistemas de almacenamiento.
- Criterios claros.
- Revisión de necesidades.
- Participación de los trabajadores.

No puede exigirse mantener ordenado un espacio cuando físicamente no existe capacidad suficiente para almacenar los materiales necesarios.

En estos casos debe analizarse el problema organizativo.

- **Beneficios de un entorno organizado**

Una buena organización puede contribuir a:

- Reducir accidentes.
- Disminuir pérdidas de tiempo.
- Mejorar la limpieza.
- Facilitar la reposición.
- Evitar errores.
- Reducir la carga mental.
- Mejorar la evacuación.
- Favorecer un entorno profesional más agradable.

El orden constituye una medida preventiva sencilla pero muy eficaz.

- **Conclusiones**

Mantener ordenados los espacios de trabajo no es únicamente una cuestión estética.

En los centros sanitarios, donde existe una elevada circulación de personas, materiales y equipos, la organización puede influir directamente sobre la seguridad.

Este principio afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Mantener las vías de circulación despejadas, almacenar correctamente los materiales, evitar acumulaciones, organizar cables, devolver los equipos a su ubicación y establecer sistemas claros de reposición son medidas que pueden prevenir numerosos problemas cotidianos.

La responsabilidad debe ser compartida, pero la organización también debe proporcionar espacios y medios adecuados para que mantener el orden sea realmente posible.

Un lugar para cada cosa y cada cosa en su lugar sigue siendo una de las medidas preventivas más sencillas y eficaces dentro de cualquier centro sanitario.

- **Bibliografía**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo. *Boletín Oficial del Estado*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de los lugares de trabajo*. Madrid: INSST.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Seguridad en el trabajo*. Madrid: INSST.
- European Agency for Safety and Health at Work. *Occupational Safety and Health Risk Assessment*. Bilbao: EU-OSHA.
- World Health Organization. *Caring for Those Who Care: Occupational Health and Safety Programmes for Health Workers*. Geneva: WHO; 2022.
- International Labour Organization. *Guidelines on Occupational Safety and Health Management Systems (ILO-OSH 2001)*. Geneva: ILO.
- Health and Safety Executive. *Workplace Health, Safety and Welfare*. London: HSE.

La participación de los profesionales en la toma de decisiones: una estrategia para fortalecer las organizaciones sanitarias y el compromiso del personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Las organizaciones sanitarias actuales se enfrentan a importantes retos relacionados con la sostenibilidad, la transformación digital, el envejecimiento de la población, la escasez de profesionales y el incremento de la demanda asistencial. Afrontar estos desafíos requiere organizaciones ágiles, innovadoras y capaces de aprovechar el conocimiento de todos sus trabajadores. En este contexto, la participación activa de los profesionales en la toma de decisiones se ha consolidado como una estrategia clave para mejorar la calidad asistencial, fortalecer el compromiso laboral y favorecer una gestión más eficiente.

Durante muchos años, las decisiones organizativas se adoptaban de forma predominantemente jerárquica, con escasa implicación de quienes desarrollaban el trabajo asistencial y de apoyo. Sin embargo, la evidencia demuestra que las organizaciones que fomentan modelos participativos obtienen mejores resultados en calidad, seguridad, satisfacción laboral e innovación.

La participación no debe limitarse a los equipos directivos o a determinadas categorías profesionales. Médicos, enfermeras, fisioterapeutas, farmacéuticos, técnicos superiores sanitarios, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, trabajadores sociales, personal administrativo, celadores, profesionales de limpieza, mantenimiento, logística, informática, cocina, seguridad y gestión poseen conocimientos y experiencias que resultan esenciales para mejorar el funcionamiento de los centros sanitarios.

Fomentar una cultura participativa supone reconocer el valor del conocimiento colectivo y convertir a los profesionales en protagonistas de la mejora continua.

- **La importancia de la participación profesional**

La participación puede definirse como el proceso mediante el cual los profesionales intervienen activamente en el análisis de problemas, la propuesta de soluciones, la planificación de actuaciones y la evaluación de los resultados.

No implica únicamente emitir opiniones, sino formar parte del proceso de construcción de decisiones que afectan al funcionamiento de la organización.

Cuando las personas participan, aumenta su compromiso con los objetivos comunes y mejora la implantación de las decisiones adoptadas.

- **Beneficios para las organizaciones sanitarias**

La participación genera ventajas tanto para la organización como para los propios profesionales.

Entre los principales beneficios destacan:

- Mayor compromiso laboral.
- Incremento de la motivación.
- Mejor clima organizativo.
- Mayor calidad asistencial.
- Incremento de la innovación.
- Mejor adaptación al cambio.
- Reducción de conflictos.
- Mayor eficiencia en los procesos.

Además, favorece una cultura basada en la confianza y la corresponsabilidad.

- **El conocimiento de quienes trabajan en primera línea**

Los profesionales que desarrollan su actividad diaria conocen mejor que nadie las fortalezas y debilidades de los procesos asistenciales.

Su experiencia permite identificar:

- Problemas organizativos.
- Riesgos para la seguridad.
- Duplicidades.
- Oportunidades de mejora.
- Necesidades formativas.
- Innovaciones aplicables.

Incorporar este conocimiento a la toma de decisiones mejora significativamente la eficacia de las actuaciones.

- **El papel del personal sanitario**

El personal sanitario participa continuamente en decisiones relacionadas con la atención clínica, la organización de los cuidados y la implantación de nuevas prácticas asistenciales.

Su participación resulta especialmente valiosa en aspectos como:

- Elaboración de protocolos.
- Organización de circuitos asistenciales.
- Seguridad del paciente.
- Calidad de los cuidados.
- Evaluación de resultados.
- Investigación e innovación.

Su experiencia práctica facilita la adopción de decisiones ajustadas a la realidad asistencial.

- **La aportación del personal no sanitario**

La mejora organizativa también depende del conocimiento generado por el personal no sanitario.

Los profesionales administrativos conocen en profundidad los procedimientos relacionados con la atención al usuario.

Los celadores identifican mejoras en los circuitos internos de movilidad.

Los equipos de mantenimiento detectan necesidades relacionadas con las infraestructuras.

Logística optimiza el suministro de materiales.

Informática aporta soluciones para mejorar la digitalización y la interoperabilidad de los sistemas.

La participación de todas estas categorías permite obtener una visión más completa de la organización.

- **Liderazgo participativo**

El liderazgo desempeña un papel esencial para crear una cultura participativa.

Los responsables deben favorecer:

- Espacios de diálogo.

- Escucha activa.
- Transparencia.
- Reconocimiento de las aportaciones.
- Comunicación bidireccional.
- Toma de decisiones compartida.

El liderazgo participativo fortalece la confianza y favorece el compromiso de los equipos.

- **Herramientas para fomentar la participación**

Las organizaciones sanitarias pueden utilizar diferentes mecanismos para facilitar la implicación de los profesionales.

Entre ellos destacan:

- Comisiones de trabajo.
- Grupos de mejora.
- Equipos multidisciplinares.
- Reuniones participativas.
- Sistemas de sugerencias.
- Encuestas internas.
- Comunidades de práctica.
- Plataformas digitales de colaboración.

Estas herramientas permiten canalizar el conocimiento colectivo hacia la mejora organizativa.

- **Participación e innovación**

La innovación surge con mayor facilidad en organizaciones donde los profesionales pueden proponer nuevas ideas y participar en su desarrollo.

Las iniciativas de mejora impulsadas desde los propios equipos suelen ser más realistas, sostenibles y mejor aceptadas durante su implantación.

La participación favorece una cultura donde innovar forma parte del trabajo cotidiano.

- **Participación y gestión del cambio**

Los procesos de cambio generan menor resistencia cuando los profesionales participan desde las fases iniciales.

La implicación temprana permite:

- Comprender mejor los objetivos.
- Detectar dificultades.
- Ajustar las propuestas.
- Incrementar el compromiso.
- Facilitar la implantación.

La participación transforma el cambio en un proyecto compartido.

- **Barreras para la participación**

A pesar de sus beneficios, existen factores que limitan la implicación de los profesionales.

Entre los más frecuentes se encuentran:

- Sobrecarga asistencial.
- Falta de tiempo.
- Estructuras jerárquicas rígidas.
- Escasa comunicación.
- Falta de reconocimiento.
- Experiencias previas poco satisfactorias.
- Ausencia de canales formales de participación.

Superar estas barreras requiere compromiso institucional y una apuesta decidida por modelos de gestión más abiertos.

- **Evaluación de la participación**

La eficacia de las estrategias participativas puede evaluarse mediante indicadores como:

- Número de propuestas presentadas.
- Proyectos implantados.
- Participación en grupos de trabajo.
- Satisfacción profesional.
- Clima organizativo.
- Resultados asistenciales.

- Impacto de las mejoras implantadas.

La evaluación facilita la consolidación de una cultura participativa.

- **Participación y bienestar profesional**

Sentirse escuchado y formar parte de las decisiones incrementa la percepción de reconocimiento profesional.

Los profesionales que participan activamente suelen presentar:

- Mayor motivación.
- Mayor sentido de pertenencia.
- Menor intención de abandonar la organización.
- Mayor satisfacción laboral.
- Mayor compromiso con la calidad asistencial.

Estos factores repercuten positivamente en la estabilidad y cohesión de los equipos.

- **Perspectivas de futuro**

Las organizaciones sanitarias evolucionarán hacia modelos de gobernanza cada vez más colaborativos.

La transformación digital facilitará nuevas formas de participación mediante plataformas virtuales, herramientas colaborativas y sistemas de inteligencia organizativa.

No obstante, la participación efectiva seguirá dependiendo principalmente de la confianza, el liderazgo y el reconocimiento del valor que aportan todos los profesionales.

Las organizaciones que sepan aprovechar el conocimiento colectivo estarán mejor preparadas para afrontar los desafíos del futuro.

- **Conclusiones**

La participación de los profesionales en la toma de decisiones constituye una estrategia esencial para fortalecer las organizaciones sanitarias.

Su desarrollo mejora la calidad asistencial, impulsa la innovación, favorece la adaptación al cambio y aumenta el compromiso del personal sanitario y no sanitario.

Promover modelos de gestión participativos permite transformar el conocimiento individual en inteligencia colectiva, generando organizaciones más eficientes, resilientes y orientadas a las necesidades de pacientes y profesionales.

Escuchar, implicar y reconocer a quienes trabajan diariamente en los centros sanitarios representa una de las inversiones más rentables para garantizar la excelencia y la sostenibilidad del sistema sanitario.

- **Bibliografía**

- World Health Organization. *Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030*. Ginebra: OMS; 2016.
- Institute for Healthcare Improvement. *Psychology of Change Framework to Advance and Sustain Improvement*. Boston: IHI; 2021.
- Senge PM. *The Fifth Discipline: The Art and Practice of the Learning Organization*. New York: Doubleday; 2006.
- Mintzberg H. *Managing the Myths of Health Care*. Oakland: Berrett-Koehler Publishers; 2017.
- West MA, Eckert R, Collins B, Chowla R. *Caring to Change: How Compassionate Leadership Can Stimulate Innovation in Health Care*. The King's Fund; 2017.
- Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). *Health at a Glance Europe*. París: OECD Publishing.
- Ministerio de Sanidad. *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*. Madrid.
- European Observatory on Health Systems and Policies. *Strengthening Health Systems Through Better Governance*. Copenhague.
- Nonaka I, Takeuchi H. *The Knowledge-Creating Company*. Oxford University Press; 1995.
- Kotter JP. *Leading Change*. Harvard Business Review Press; 2012.

Prevención de la fatiga física y mental para personal sanitario y no sanitario en centros sanitarios

- **Introducción**

La fatiga laboral es una respuesta del organismo ante una actividad física, mental o emocional mantenida y puede afectar a prácticamente cualquier trabajador de un centro sanitario. Jornadas intensas, turnos, nocturnidad, posturas mantenidas, desplazamientos continuos, atención al público, interrupciones y elevada concentración son algunos de los factores que pueden favorecer su aparición.

Se trata de un riesgo claramente **transversal para personal sanitario y no sanitario**. Médicos, enfermeras, TCAE, técnicos, fisioterapeutas, administrativos, celadores, limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería y otros colectivos pueden experimentar fatiga, aunque sus causas sean diferentes.

Cuando la fatiga se mantiene o no existe una recuperación suficiente puede disminuir la atención, aumentar la probabilidad de errores y accidentes y afectar al bienestar del trabajador. Su prevención no debe limitarse a recomendar descanso individual, sino que requiere analizar la organización y las condiciones reales de trabajo.

- **¿Qué es la fatiga laboral?**

La fatiga puede definirse como una disminución temporal de la capacidad física o mental relacionada con la actividad desarrollada y con una recuperación insuficiente.

Podemos diferenciar principalmente:

- **Fatiga física**, relacionada con esfuerzo muscular, posturas o movimientos.
- **Fatiga mental**, vinculada a concentración, procesamiento de información y toma de decisiones.
- **Fatiga emocional**, asociada a situaciones de elevada demanda interpersonal.

En los centros sanitarios pueden presentarse simultáneamente.

- **Fatiga física**

Aparece especialmente en trabajos que requieren:

- Permanecer muchas horas de pie.
- Caminar continuamente.
- Movilizar pacientes.
- Manipular cargas.

- Empujar carros o camas.
- Mantener posturas forzadas.
- Realizar movimientos repetitivos.

Celadores, TCAE, enfermería, limpieza, cocina, lavandería, mantenimiento y otros profesionales pueden presentar una elevada demanda física.

- **Fatiga mental**

No es necesario realizar un esfuerzo físico intenso para terminar una jornada agotado.

La fatiga mental puede aparecer cuando el trabajo exige mantener una elevada atención durante periodos prolongados.

Puede favorecerse por:

- Interrupciones constantes.
- Multitarea.
- Exceso de información.
- Presión temporal.
- Atención continuada al público.
- Toma de decisiones.
- Utilización simultánea de diferentes aplicaciones.

Administrativos, profesionales sanitarios y técnicos pueden estar especialmente expuestos a estas circunstancias.

- **Signos de fatiga**

Algunas manifestaciones frecuentes son:

- Cansancio.
- Somnolencia.
- Menor concentración.
- Irritabilidad.
- Lentitud.
- Olvidos.
- Dolor muscular.
- Cefalea.

- Disminución de la motivación.

Cuando aparecen repetidamente durante la jornada conviene analizar las condiciones que pueden estar contribuyendo a ellas.

- **Fatiga y seguridad**

Una persona fatigada puede tardar más en reaccionar ante una situación imprevista.

También puede presentar mayor dificultad para:

- Detectar riesgos.
- Recordar información.
- Mantener la concentración.
- Comunicarse correctamente.
- Realizar tareas de precisión.

Por ello, la fatiga no es únicamente una cuestión de bienestar. También puede convertirse en un factor que favorezca accidentes y errores.

- **Turnicidad**

Los centros sanitarios necesitan mantener numerosas actividades durante las 24 horas.

El trabajo a turnos puede alterar los horarios habituales de descanso y sueño.

Los cambios frecuentes dificultan la adaptación del organismo y pueden aumentar la sensación de cansancio.

La planificación de turnos debe considerar, además de las necesidades organizativas, sus posibles efectos sobre la salud.

- **Trabajo nocturno**

Durante la noche, el organismo está biológicamente preparado para dormir.

Mantener una actividad laboral puede favorecer somnolencia y reducción de la atención, especialmente durante determinadas horas.

La iluminación, organización de las tareas, descansos y planificación de los turnos adquieren especial importancia.

Cuando sea posible, las tareas que requieren una concentración especialmente elevada deben organizarse teniendo en cuenta estas circunstancias.

- **Fatiga por permanecer de pie**

Numerosos trabajadores pasan una parte importante de la jornada de pie.

Permanecer inmóvil durante mucho tiempo puede provocar molestias en:

- Piernas.
- Pies.
- Espalda.

Siempre que la actividad lo permita conviene alternar posiciones y desplazamientos.

El objetivo no es permanecer sentado durante toda la jornada, sino evitar mantener indefinidamente la misma postura.

- **Fatiga por sedestación**

El problema contrario también existe.

Administrativos y otros trabajadores pueden permanecer sentados durante largos periodos.

Aunque la postura sea inicialmente adecuada, mantenerla durante horas puede provocar molestias.

Introducir pequeños cambios de postura y levantarse periódicamente cuando la actividad lo permita ayuda a reducir la carga mantenida.

- **Interrupciones**

Cada interrupción obliga a abandonar temporalmente una tarea y posteriormente recuperar el punto en el que se encontraba.

Cuando esto ocurre decenas de veces durante una jornada puede generar una importante carga mental.

No todas las interrupciones pueden eliminarse, especialmente en sanidad, pero sí deberían reducirse las innecesarias.

- **Multitarea**

Intentar realizar simultáneamente varias actividades que requieren atención puede aumentar el esfuerzo mental.

Atender una llamada mientras se introduce información en una aplicación y se responde a otra persona no siempre representa eficiencia.

En muchas ocasiones supone alternar rápidamente entre tareas.

Cuando sea posible, resulta preferible finalizar actividades que requieren concentración antes de comenzar otras.

- **Pausas y recuperación**

Las pausas permiten recuperar parcialmente la capacidad física y mental.

No tienen que ser necesariamente largas para resultar útiles.

En determinados trabajos puede resultar beneficioso:

- Cambiar de postura.
- Apartar temporalmente la vista de la pantalla.
- Caminar unos minutos.
- Realizar una tarea diferente.

La organización debería facilitar los descansos previstos y evitar que sistemáticamente resulten imposibles por la carga de trabajo.

- **Rotación de tareas**

Cuando sea viable, alternar actividades con demandas diferentes puede disminuir la fatiga acumulada.

Por ejemplo, combinar una tarea sedentaria con otra que requiera desplazamiento puede reducir la permanencia prolongada en una misma postura.

Sin embargo, la rotación debe planificarse correctamente y no utilizarse simplemente para aumentar el número de tareas asignadas.

- **Personal sanitario**

La fatiga de los profesionales asistenciales puede combinar componentes físicos, mentales y emocionales.

Atender simultáneamente a diferentes pacientes, registrar información y responder a situaciones imprevistas requiere importantes recursos.

Una adecuada organización de cargas y descansos resulta esencial para mantener la seguridad durante toda la jornada.

- **Personal no sanitario**

Los profesionales no asistenciales también pueden presentar niveles importantes de fatiga.

Un celador puede acumular kilómetros de desplazamiento; un administrativo, cientos de interrupciones; limpieza, movimientos repetitivos; mantenimiento, tareas físicamente exigentes; y cocina o lavandería, exposición a ritmos elevados.

La prevención debe analizar cada puesto y evitar generalizaciones.

- **Fatiga y errores**

Cuando aumenta el cansancio pueden aparecer pequeños fallos que inicialmente parecen poco importantes:

- Olvidar una tarea.
- Dejar material fuera de lugar.
- Introducir incorrectamente un dato.
- No detectar un obstáculo.
- Confundir una instrucción.

Analizar estos incidentes puede ayudar a detectar situaciones de sobrecarga antes de que generen consecuencias mayores.

- **Organización preventiva**

La prevención de la fatiga puede incluir:

- Adecuar cargas de trabajo.
- Planificar correctamente los turnos.
- Facilitar descansos.
- Reducir interrupciones evitables.
- Mejorar la ergonomía.
- Alternar tareas cuando sea posible.
- Evitar jornadas excesivamente exigentes.
- Disponer de recursos suficientes.

Las medidas deben adaptarse a las características de cada servicio.

- **Hábitos individuales**

Dormir adecuadamente, mantener una alimentación equilibrada, realizar actividad física y cuidar los periodos de recuperación pueden contribuir al bienestar.

Sin embargo, estas recomendaciones no deben utilizarse para trasladar toda la responsabilidad al trabajador.

Un buen descanso personal no puede compensar indefinidamente una organización que genera sobrecarga continua.

- **Comunicar situaciones de fatiga**

Cuando la fatiga aparece de forma recurrente en varios profesionales de un mismo servicio puede existir un problema organizativo.

La comunicación permite identificar:

- Picos de actividad.
- Falta de descansos.
- Turnos especialmente exigentes.
- Problemas ergonómicos.
- Sobrecarga mantenida.

La información proporcionada por los trabajadores resulta esencial para diseñar mejoras.

- **Conclusiones**

La **prevención de la fatiga física y mental para personal sanitario y no sanitario** constituye un aspecto transversal de la seguridad laboral.

La fatiga puede aparecer por esfuerzo físico, posturas mantenidas, elevada concentración, turnicidad, nocturnidad, interrupciones o sobrecarga emocional.

Sus consecuencias no se limitan a sentirse cansado. También puede disminuir la atención y aumentar la probabilidad de accidentes y errores.

La prevención requiere combinar ergonomía, organización adecuada de turnos y cargas, descansos suficientes y reducción de interrupciones innecesarias.

Las medidas individuales pueden contribuir a una adecuada recuperación, pero nunca deben sustituir las actuaciones sobre las condiciones de trabajo.

Prevenir la fatiga no significa eliminar el esfuerzo del trabajo, sino organizarlo para que las demandas físicas y mentales permitan una recuperación adecuada y puedan mantenerse de forma segura durante toda la jornada.

- **Bibliografía**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre carga mental, fatiga, turnicidad y factores psicosociales.

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Notas Técnicas de Prevención relativas al trabajo a turnos y nocturno.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA). Documentación sobre riesgos psicosociales y trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo.
- World Health Organization. *Guidelines on Mental Health at Work*. Geneva: WHO; 2022.
- International Labour Organization. Documentación sobre tiempo de trabajo, descanso, turnicidad y seguridad y salud laboral.

Ergonomía y prevención de la sobrecarga física: hábitos saludables para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La actividad laboral en el entorno sanitario combina tareas muy diferentes que pueden implicar esfuerzos físicos, movimientos repetitivos, posturas mantenidas o largos periodos de trabajo en una misma posición. Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede experimentar molestias relacionadas con una inadecuada adaptación de las tareas y del puesto de trabajo.

La ergonomía permite analizar la relación entre la persona, el entorno y las actividades que realiza, buscando adaptar el trabajo para reducir riesgos y

mejorar el bienestar. Incorporar hábitos ergonómicos en la jornada laboral puede ayudar a prevenir sobrecargas, disminuir la fatiga y favorecer una mayor calidad de vida profesional.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de los principales factores ergonómicos presentes en el entorno sanitario y de las medidas preventivas aplicables a diferentes categorías profesionales. Se analizaron situaciones relacionadas con la manipulación de cargas, las posturas mantenidas, los movimientos repetitivos y el trabajo sedentario.

También se revisaron recomendaciones sobre organización de las tareas, pausas, utilización de equipos y adaptación de los espacios de trabajo.

Resultados

La sobrecarga física puede aparecer cuando una tarea exige mantener durante demasiado tiempo una postura determinada, realizar movimientos repetidos o ejercer una fuerza elevada. La espalda, cuello, hombros y extremidades superiores son algunas de las zonas que pueden verse afectadas con mayor frecuencia.

En el personal sanitario, actividades como movilizar pacientes, permanecer de pie durante largos periodos o trabajar en posiciones incómodas pueden generar sobreesfuerzos. Para reducirlos es importante utilizar correctamente las ayudas técnicas disponibles, solicitar colaboración cuando una tarea lo requiera y aplicar técnicas adecuadas de movilización.

El personal no sanitario también puede estar expuesto a riesgos ergonómicos. En los puestos administrativos, permanecer muchas horas sentado frente a una pantalla puede favorecer molestias cervicales, lumbares y en las extremidades superiores. Ajustar la silla y la pantalla, mantener una postura cómoda y alternar las tareas puede ayudar a reducir estas molestias.

En otros puestos, como limpieza, mantenimiento, almacén o traslado de materiales, resulta importante utilizar técnicas adecuadas para manipular cargas y evitar esfuerzos innecesarios. Siempre que sea posible, deben emplearse medios auxiliares que reduzcan la carga física.

Las pausas y los cambios de actividad constituyen otra medida preventiva. Permanecer demasiado tiempo en la misma posición aumenta la fatiga, por lo que es recomendable aprovechar los descansos para cambiar de postura y realizar movimientos suaves. También es conveniente comunicar precozmente cualquier molestia persistente para facilitar la evaluación del puesto y evitar que el problema se agrave.

Conclusiones

La ergonomía debe formar parte de la prevención de riesgos laborales de todo el personal sanitario y no sanitario. No se limita a mantener una postura correcta, sino que implica adaptar las tareas, los equipos y la organización del trabajo a las características de cada profesional.

Utilizar adecuadamente las ayudas disponibles, evitar esfuerzos innecesarios, alternar posturas y tareas y realizar pausas durante la jornada son medidas sencillas que pueden disminuir la sobrecarga física.

La prevención ergonómica requiere la participación conjunta de trabajadores y organización. Crear puestos adaptados y fomentar hábitos saludables contribuye a reducir lesiones musculoesqueléticas, mejorar el bienestar y favorecer un entorno laboral más seguro y sostenible.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre ergonomía y trastornos musculoesqueléticos.

2. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Recursos sobre prevención de trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recomendaciones sobre salud ocupacional y bienestar de los trabajadores.

4. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Principios y orientaciones sobre ergonomía y condiciones de trabajo.

ACOSO LABORAL (MOBBING): PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

El acoso sexual en el ámbito laboral constituye una conducta que vulnera la dignidad y el derecho de las personas a desarrollar su actividad profesional en un entorno seguro y respetuoso. Puede manifestarse mediante comentarios, insinuaciones, gestos, mensajes, contactos no deseados u otras conductas de carácter sexual que resulten ofensivas, intimidatorias o incómodas.

En el entorno sanitario, donde existe una interacción constante entre profesionales, pacientes, familiares y otros usuarios, la prevención requiere la implicación de todo el equipo. Tanto el personal sanitario como el no sanitario

debe conocer cómo identificar comportamientos inadecuados, qué límites deben respetarse y qué vías de actuación existen ante una posible situación de acoso.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de las principales medidas de prevención y actuación frente al acoso sexual en el ámbito laboral. Se analizaron factores relacionados con la identificación de conductas inapropiadas, la sensibilización de los trabajadores, la confidencialidad y los procedimientos de comunicación y actuación.

Se consideró especialmente la responsabilidad de las organizaciones sanitarias en la creación de entornos laborales seguros y libres de cualquier forma de acoso.

Resultados

El acoso sexual puede adoptar diferentes formas y no siempre resulta evidente para las personas que se encuentran alrededor. Comentarios de contenido sexual, bromas insistentes, insinuaciones, mensajes inapropiados, acercamientos no deseados o conductas que generan intimidación pueden constituir señales de una situación inadecuada.

La prevención comienza por establecer una cultura de respeto. Las organizaciones deben disponer de normas claras, protocolos de actuación y canales seguros para comunicar posibles situaciones de acoso. Todo el personal debe conocer estos recursos y recibir formación sobre igualdad, respeto y prevención del acoso.

El personal sanitario y no sanitario puede contribuir a detectar situaciones preocupantes. Ante una posible conducta de acoso, es importante evitar normalizarla o restarle importancia. La respuesta debe centrarse en proteger a la persona afectada y facilitar el acceso a los recursos establecidos, respetando siempre la confidencialidad.

También es fundamental diferenciar una situación de conflicto laboral de una conducta de naturaleza sexual que pueda constituir acoso. No corresponde a los compañeros realizar una investigación por iniciativa propia ni difundir información sobre el caso. La actuación debe realizarse a través de los procedimientos establecidos por la organización.

La prevención también implica intervenir ante comportamientos inadecuados antes de que se conviertan en situaciones más graves. Fomentar relaciones profesionales basadas en el respeto, evitar comentarios ofensivos y mantener límites adecuados contribuye a construir un ambiente laboral saludable.

Conclusiones

La prevención del acoso sexual es responsabilidad de toda la organización y requiere la participación activa del personal sanitario y no sanitario. Reconocer las conductas inadecuadas, conocer los canales de comunicación y actuar con respeto hacia las personas afectadas son elementos fundamentales.

Las instituciones sanitarias deben proporcionar protocolos claros, mecanismos de protección y procedimientos confidenciales que permitan abordar las situaciones comunicadas de manera adecuada.

Construir espacios de trabajo libres de acoso requiere tolerancia cero ante las conductas que vulneren la dignidad de las personas. La sensibilización, la formación y la actuación temprana contribuyen a proteger a los profesionales y a promover un entorno sanitario basado en la igualdad, el respeto y la seguridad.

Bibliografía

1. Ministerio de Igualdad. Recursos y materiales para la prevención y actuación frente al acoso sexual y por razón de sexo.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre violencia, acoso y riesgos psicosociales en el trabajo.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Convenio sobre la violencia y el acoso en el mundo del trabajo.

4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Recursos sobre riesgos psicosociales y violencia en el entorno laboral.

Turnicidad en el entorno sanitario: conciliación, recuperación y adaptación de personal sanitario y no sanitario

Introducción

La atención sanitaria requiere una organización del trabajo que permita mantener determinados servicios durante todo el día. Por este motivo, el personal sanitario y no sanitario puede desarrollar jornadas de mañana, tarde, noche, fines de semana y festivos. Aunque la turnicidad permite garantizar la continuidad de los servicios, los cambios de horario pueden dificultar el descanso, alterar las rutinas habituales y afectar a la conciliación de la vida laboral y personal.

Una adecuada gestión de los turnos debe tener en cuenta tanto las necesidades de la organización como las condiciones de los trabajadores. Favorecer la

recuperación, facilitar la planificación y promover hábitos saludables son medidas importantes para reducir la fatiga y mejorar el bienestar profesional.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de los principales efectos asociados al trabajo a turnos y de las estrategias preventivas dirigidas al personal sanitario y no sanitario. Se analizaron aspectos relacionados con el descanso, la organización de los horarios, la conciliación, la alimentación y la recuperación entre jornadas.

También se revisaron recomendaciones generales de organismos especializados en salud laboral y prevención de riesgos relacionados con el tiempo de trabajo.

Resultados

Los cambios frecuentes de horario pueden dificultar la adaptación de los ritmos de sueño y vigilia. Esta situación puede favorecer cansancio, somnolencia, dificultades de concentración e irritabilidad, especialmente cuando se acumulan jornadas exigentes o se dispone de poco tiempo de recuperación.

La organización de los turnos desempeña un papel fundamental. Siempre que las necesidades del servicio lo permitan, resulta conveniente evitar cambios excesivamente bruscos y garantizar periodos suficientes de descanso entre jornadas. Una planificación conocida con antelación también facilita que los trabajadores puedan organizar sus actividades personales y familiares.

La conciliación constituye otro aspecto relevante. La turnicidad puede dificultar la participación en actividades familiares, sociales o personales debido a la coincidencia de los horarios laborales con los de otras personas. Facilitar una planificación adecuada y establecer medidas organizativas que favorezcan la compatibilidad entre vida laboral y personal puede contribuir a reducir esta dificultad.

El descanso debe recibir especial atención. Durante los periodos de recuperación es recomendable mantener unas condiciones que favorezcan el sueño, especialmente después de realizar turnos nocturnos. Un ambiente oscuro, silencioso y tranquilo puede facilitar el descanso.

La alimentación también puede verse alterada por los horarios variables. Mantener, dentro de lo posible, horarios regulares y optar por comidas equilibradas ayuda a mantener los niveles de energía durante la jornada. Asimismo, la actividad física adaptada a las posibilidades de cada persona puede contribuir al bienestar general.

Finalmente, es importante prestar atención a las señales de fatiga. Una somnolencia excesiva, dificultades de concentración o cansancio persistente

deben considerarse señales que pueden requerir una revisión de las condiciones de trabajo y de los hábitos de descanso.

Conclusiones

La turnicidad constituye una realidad necesaria en numerosos servicios sanitarios, pero requiere una gestión adecuada para minimizar sus efectos sobre la salud y el bienestar. El personal sanitario y no sanitario puede beneficiarse de una planificación de horarios que facilite el descanso, la recuperación y la conciliación.

Garantizar periodos adecuados entre jornadas, favorecer la previsibilidad de los turnos y promover hábitos saludables son medidas preventivas importantes. También resulta esencial que las organizaciones identifiquen situaciones de fatiga y adopten medidas cuando sea necesario.

Una adecuada gestión de la turnicidad beneficia tanto a los trabajadores como a la organización, favoreciendo profesionales más descansados, una mejor adaptación a las jornadas y una atención sanitaria más segura y eficiente.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre trabajo a turnos, trabajo nocturno y organización del tiempo de trabajo.

2. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recursos sobre jornada laboral, trabajo nocturno y descanso.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recursos sobre salud ocupacional y bienestar de los trabajadores.

4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Información sobre riesgos relacionados con la organización del tiempo de trabajo.

Asertividad en el entorno sanitario: comunicación respetuosa, límites y prevención de conflictos en personal sanitario y no sanitario

Introducción

La comunicación constituye una herramienta fundamental en el entorno sanitario. Cada jornada implica relacionarse con pacientes, familiares, compañeros y profesionales de diferentes categorías, por lo que la capacidad para expresar opiniones, necesidades y límites de manera adecuada resulta esencial. En este contexto, la asertividad permite defender los propios derechos respetando al mismo tiempo los de los demás.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede enfrentarse a situaciones de tensión, reclamaciones, desacuerdos o dificultades de comunicación. Responder de forma asertiva ayuda a prevenir conflictos, mejorar las relaciones profesionales y favorecer un ambiente laboral basado en el respeto y la colaboración.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva sobre comunicación asertiva y su aplicación en el entorno sanitario. Se analizaron situaciones habituales relacionadas con la atención a usuarios, el trabajo en equipo, la expresión de desacuerdos y la gestión de situaciones difíciles.

Se consideraron estrategias de comunicación verbal y no verbal dirigidas a mejorar la claridad de los mensajes, establecer límites adecuados y resolver conflictos de manera constructiva.

Resultados

La asertividad se sitúa entre dos formas de comunicación poco eficaces: la pasividad y la agresividad. Una persona pasiva puede tener dificultades para expresar sus necesidades o decir que no, mientras que una comunicación agresiva puede imponerse sobre los demás y generar rechazo o conflicto. La comunicación asertiva busca expresar lo que se piensa o necesita de manera clara, firme y respetuosa.

En el entorno sanitario, esta habilidad resulta especialmente útil ante situaciones de presión. Por ejemplo, cuando un usuario realiza una petición que no puede ser atendida, es preferible explicar de forma clara los motivos y ofrecer, cuando sea posible, una alternativa adecuada, evitando respuestas bruscas o ambiguas.

También resulta fundamental en el trabajo en equipo. Expresar un desacuerdo de manera respetuosa permite abordar los problemas sin convertirlos en conflictos personales. Utilizar mensajes en primera persona, centrarse en hechos concretos y evitar acusaciones facilita el diálogo.

La comunicación no verbal también influye. Mantener un tono de voz tranquilo, una postura adecuada y una actitud receptiva transmite seguridad y respeto. Escuchar activamente, no interrumpir y comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje son habilidades que complementan la comunicación asertiva.

Otra herramienta importante es aprender a establecer límites. Decir “no” de forma educada cuando una petición supera las propias competencias o responsabilidades no significa falta de colaboración. Al contrario, permite actuar con profesionalidad y evitar situaciones que puedan generar errores o sobrecarga.

Conclusiones

La asertividad es una competencia útil para todo el personal sanitario y no sanitario, ya que facilita una comunicación más clara, respetuosa y eficaz. Su aplicación puede contribuir a prevenir conflictos, mejorar el trabajo en equipo y favorecer relaciones profesionales más saludables.

Escuchar activamente, expresar las necesidades de forma adecuada, establecer límites y afrontar los desacuerdos desde el respeto son habilidades que pueden aprenderse y entrenarse.

Promover una comunicación asertiva dentro de las organizaciones sanitarias beneficia tanto a los profesionales como a los usuarios. Una comunicación basada en el respeto permite afrontar situaciones difíciles con mayor seguridad y contribuye a crear un entorno laboral más colaborativo y saludable.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre factores psicosociales, comunicación y relaciones interpersonales en el trabajo.

2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Recursos sobre comunicación y bienestar de los profesionales sanitarios.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Orientaciones sobre relaciones laborales y bienestar en el trabajo.

4. Ministerio de Sanidad. Recursos relacionados con la comunicación y la humanización de la asistencia sanitaria.

Protección de datos en el entorno sanitario: uso seguro de la información y responsabilidad del personal sanitario y no sanitario

Introducción

La información que se maneja en los centros sanitarios puede incluir datos personales, administrativos y de salud que requieren una protección especialmente cuidadosa. La historia clínica, los resultados de pruebas, las citas, los informes y los datos identificativos forman parte de una información que debe ser tratada con confidencialidad y seguridad.

La protección de estos datos no corresponde únicamente a los profesionales que tienen acceso directo a la historia clínica. Todo el personal sanitario y no sanitario puede acceder o manejar información personal durante su actividad laboral. Por ello, conocer las normas básicas de seguridad y actuar con responsabilidad resulta fundamental para proteger la privacidad de los pacientes y evitar accesos o divulgaciones indebidas.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de las principales medidas relacionadas con la protección y seguridad de los datos personales en el entorno sanitario. Se analizaron situaciones habituales relacionadas con el acceso a sistemas informáticos, gestión de documentación, comunicación de información y atención presencial o telefónica.

También se consideraron las buenas prácticas dirigidas a prevenir accesos no autorizados, pérdidas de información y divulgaciones accidentales.

Resultados

Uno de los principios fundamentales es acceder únicamente a la información necesaria para realizar las funciones profesionales. Disponer de autorización para utilizar un sistema informático no significa que pueda consultarse cualquier información. El acceso debe estar relacionado con las tareas que corresponden al puesto de trabajo.

Las contraseñas constituyen otra medida básica de seguridad. Deben mantenerse personales y no compartirse con compañeros. También es importante bloquear la pantalla cuando el puesto quede desatendido y evitar almacenar información sensible en dispositivos o ubicaciones no autorizadas.

La protección también debe aplicarse a la documentación en papel. Historias, informes, listados y otros documentos con datos personales no deben quedar expuestos en mostradores, salas de espera o espacios accesibles a personas no autorizadas. Cuando ya no sean necesarios, deben eliminarse mediante los procedimientos establecidos.

La atención telefónica requiere especial precaución. Antes de facilitar información personal, es necesario comprobar que la persona que solicita los datos está autorizada para recibirlos. Del mismo modo, en la atención presencial debe evitarse comentar información confidencial delante de otros pacientes o usuarios.

El personal no sanitario desempeña un papel especialmente importante en estos procesos. Profesionales administrativos, de recepción, admisión y otros servicios pueden manejar diariamente datos identificativos y administrativos. Una actuación incorrecta, aunque sea involuntaria, puede comprometer la privacidad de una persona.

También es fundamental comunicar rápidamente cualquier incidente de seguridad, como la pérdida de documentación, el envío de información al destinatario equivocado o un acceso no autorizado. La comunicación temprana permite activar las medidas correspondientes y limitar las posibles consecuencias.

Conclusiones

La protección de datos en el entorno sanitario es una responsabilidad compartida por todo el personal sanitario y no sanitario. La confidencialidad no depende únicamente de los sistemas informáticos, sino también de los hábitos y comportamientos de quienes manejan la información.

Acceder solo a los datos necesarios, proteger las contraseñas, mantener la documentación fuera del alcance de personas no autorizadas y extremar la precaución en las comunicaciones son medidas sencillas pero esenciales.

Una adecuada cultura de protección de datos permite preservar la privacidad de los pacientes, cumplir las obligaciones profesionales y reforzar la confianza en las instituciones sanitarias. La formación y la concienciación continuada son herramientas fundamentales para conseguirlo.

Bibliografía

1. Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Guías y recursos sobre protección de datos en el ámbito sanitario.
2. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo (Reglamento General de Protección de Datos).
3. Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
4. Ministerio de Sanidad. Documentación relacionada con seguridad de la información y protección de datos en el Sistema Nacional de Salud.

ACOSO LABORAL (MOBBING): PREVENCIÓN, DETECCIÓN Y ACTUACIÓN DESDE EL ÁMBITO SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

El acoso laboral o *mobbing* constituye un importante riesgo psicosocial que puede afectar a la salud y al bienestar de los trabajadores. Se caracteriza por la exposición repetida y prolongada a conductas hostiles, humillantes o intimidatorias en el entorno laboral, que pueden proceder de superiores, compañeros o subordinados. Estas situaciones pueden generar consecuencias psicológicas, físicas, sociales y profesionales, como ansiedad, estrés, alteraciones del sueño, pérdida de autoestima, aislamiento, disminución del rendimiento y absentismo laboral. La prevención y detección temprana requieren la participación conjunta de los profesionales sanitarios y no sanitarios, así como el compromiso de las organizaciones.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el acoso laboral, sus factores de riesgo, consecuencias para la salud y estrategias de prevención y actuación. Se consultaron fuentes institucionales y bibliográficas relacionadas con la salud laboral y los riesgos psicosociales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo

(OIT) y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Se seleccionó información relacionada con la identificación de conductas de acoso, la prevención, la actuación profesional y la protección de las personas afectadas.

Resultados

La revisión muestra que el *mobbing* puede manifestarse mediante críticas constantes, aislamiento, difusión de rumores, asignación de tareas degradantes o excesivas, cuestionamiento continuo de las capacidades profesionales, amenazas o humillaciones. No todo conflicto laboral constituye acoso, por lo que resulta fundamental valorar la frecuencia, duración, intencionalidad y repercusión de las conductas.

Entre las principales consecuencias se encuentran el estrés, la ansiedad, la sintomatología depresiva, los trastornos del sueño y diferentes problemas físicos asociados al estrés mantenido. En determinados casos, estas situaciones pueden provocar incapacidad temporal, abandono del puesto de trabajo y deterioro de las relaciones personales.

La prevención debe comenzar con la creación de entornos laborales saludables, basados en el respeto, la comunicación y la tolerancia cero ante cualquier forma de violencia. También son importantes la formación de los trabajadores, la existencia de protocolos específicos y unos canales de comunicación confidenciales y accesibles.

El personal sanitario puede contribuir a identificar las repercusiones físicas y psicológicas del acoso, proporcionar atención y orientación y realizar el seguimiento correspondiente. Por su parte, el personal no sanitario, especialmente responsables, mandos intermedios y recursos humanos, desempeña un papel fundamental en la detección de situaciones de riesgo, la investigación de los hechos y la aplicación de medidas preventivas y correctoras.

Conclusiones

El *mobbing* es un problema laboral que puede tener importantes repercusiones sobre la salud y el funcionamiento de las organizaciones. Su prevención requiere una estrategia multidisciplinar basada en la formación, la identificación precoz de las conductas de riesgo y la existencia de protocolos eficaces. La colaboración entre personal sanitario y no sanitario permite ofrecer una respuesta integral, proteger a las personas afectadas y favorecer un entorno laboral seguro, saludable y respetuoso.

Bibliografía

1.Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.*Riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: INSST.

2.Organización Internacional del Trabajo.*Violencia y acoso en el mundo del trabajo*. OIT.

3.Organización Mundial de la Salud.*Mental health at work*. OMS.

4.Ministerio de Trabajo y Economía Social.*Prevención de riesgos laborales*. Gobierno de España.

5.Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.*Boletín Oficial del Estado*.

BURNOUT: CUANDO EL ESTRÉS LABORAL AFECTA A LA SALUD. PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN PROFESIONALES

Introducción

El síndrome de burnout, también denominado síndrome de desgaste profesional, constituye un problema relacionado con el estrés crónico en el entorno laboral. Se caracteriza principalmente por agotamiento emocional, distanciamiento o actitudes negativas hacia el trabajo y una disminución de la sensación de eficacia profesional. Aunque inicialmente se relacionó especialmente con profesiones sanitarias y aquellas que implican contacto directo con otras personas, puede afectar a trabajadores de diferentes sectores. Las elevadas cargas de trabajo, la falta de recursos, la presión laboral, los horarios prolongados, la escasa autonomía y las dificultades para conciliar la vida laboral y personal pueden favorecer su aparición. La prevención y detección precoz son fundamentales para proteger la salud de los profesionales y mejorar el funcionamiento de las organizaciones.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el síndrome de burnout, sus principales factores de riesgo, manifestaciones, consecuencias y estrategias de

prevención. Se consultaron fuentes institucionales y bibliográficas relacionadas con salud laboral y riesgos psicosociales, incluyendo la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y el Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Se seleccionaron documentos centrados en la identificación del estrés laboral, la prevención del desgaste profesional y las medidas de actuación aplicables tanto a trabajadores sanitarios como no sanitarios.

Resultados

La revisión muestra que el burnout puede desarrollarse cuando las demandas laborales se mantienen durante períodos prolongados y los recursos disponibles resultan insuficientes para afrontarlas. Entre sus principales manifestaciones se encuentran el cansancio físico y emocional, irritabilidad, falta de motivación, dificultades de concentración, alteraciones del sueño y sensación de incapacidad para afrontar las tareas habituales.

En los profesionales sanitarios, factores como la elevada responsabilidad, el contacto continuo con el sufrimiento, la presión asistencial, los turnos y la toma de decisiones pueden aumentar el riesgo. En otros sectores profesionales también pueden influir la sobrecarga de trabajo, la falta de reconocimiento, los conflictos laborales, la inseguridad y la ausencia de apoyo por parte de la organización.

Las consecuencias pueden afectar tanto al trabajador como a la institución, produciendo disminución del rendimiento, absentismo, errores, conflictos interpersonales, insatisfacción laboral y deterioro de la calidad del servicio prestado.

La prevención debe centrarse principalmente en la organización del trabajo. Entre las medidas recomendadas destacan una adecuada distribución de las cargas laborales, disponibilidad suficiente de recursos humanos y materiales, establecimiento de pausas, mejora de la comunicación interna, participación de los trabajadores en la toma de decisiones y promoción de un ambiente laboral basado en el respeto y el apoyo.

A nivel individual, también pueden resultar beneficiosas estrategias como mantener hábitos saludables, establecer límites entre la vida laboral y personal, desarrollar habilidades de afrontamiento y solicitar ayuda profesional cuando sea necesario. La detección temprana de los síntomas permite intervenir antes de que el problema se agrave.

Conclusiones

El burnout constituye un importante problema de salud laboral que puede afectar tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios. Su aparición está relacionada con múltiples factores individuales, laborales y organizativos, por lo

que su prevención requiere una actuación integral. Las organizaciones deben promover condiciones de trabajo saludables, mientras que los profesionales deben conocer los signos de alarma y solicitar ayuda cuando sea necesario. La identificación precoz, la formación y el apoyo profesional son herramientas esenciales para prevenir el desgaste laboral y favorecer el bienestar de los trabajadores.

Bibliografía

1.Organización Mundial de la Salud. *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11)*. OMS.

2.Organización Mundial de la Salud. *Mental health at work*. OMS.

3.Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: INSST.

4.Organización Internacional del Trabajo. *Seguridad y salud en el trabajo*. OIT.

5.Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. *Maslach Burnout Inventory: Manual*. Consulting Psychologists Press.

PREVENIR PARA PROTEGER: ESTRATEGIAS FRENTE AL ACOSO LABORAL

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye una emergencia médica en la que una actuación rápida y adecuada puede aumentar considerablemente las posibilidades de supervivencia. Se produce cuando el corazón deja de bombear sangre de manera eficaz y la respiración normal se interrumpe, provocando una falta de oxígeno en órganos vitales. La reanimación cardiopulmonar (RCP), junto con la activación precoz de los servicios de emergencia y el uso de un desfibrilador externo automático (DEA) cuando está indicado, forma parte de la respuesta inicial ante una PCR. La formación en primeros auxilios debe dirigirse tanto al personal sanitario como al no sanitario, ya que cualquier profesional puede encontrarse ante una situación de emergencia.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre la parada cardiorrespiratoria, la RCP y los primeros auxilios, centrándose en las recomendaciones dirigidas a profesionales sanitarios y población no sanitaria. Se consultaron fuentes institucionales y guías de referencia en reanimación, incluyendo el European Resuscitation Council (ERC), el Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar (CERCP) y organismos sanitarios nacionales e internacionales.

Se revisaron aspectos relacionados con el reconocimiento de la PCR, activación de los servicios de emergencia, realización de RCP, utilización del DEA y continuidad de la asistencia hasta la llegada de los profesionales especializados.

Resultados

La revisión evidencia que el reconocimiento precoz de una PCR y el inicio inmediato de las maniobras de reanimación son fundamentales. Ante una persona inconsciente que no respira con normalidad, es necesario solicitar ayuda y activar cuanto antes los servicios de emergencias. El personal no sanitario formado puede iniciar compresiones torácicas y utilizar un DEA siguiendo sus instrucciones, mientras llega la asistencia especializada.

La RCP básica se basa principalmente en realizar compresiones torácicas de calidad, manteniendo un ritmo y profundidad adecuados y reduciendo al mínimo las interrupciones. Cuando se dispone de un DEA, su utilización precoz puede resultar determinante en los ritmos cardíacos susceptibles de desfibrilación. Los dispositivos están diseñados para analizar el ritmo y proporcionar instrucciones al usuario.

En el ámbito sanitario, la actuación requiere conocimientos y competencias más avanzadas. Los profesionales deben realizar una valoración inicial, iniciar las maniobras de soporte vital básico y avanzado según su nivel de formación y recursos disponibles, utilizar la desfibrilación cuando esté indicada y coordinarse con el equipo de emergencias.

Los primeros auxilios también incluyen el reconocimiento y actuación ante otras situaciones urgentes, como atragantamientos, hemorragias, traumatismos o pérdida de conciencia. La formación periódica permite aumentar la seguridad de los profesionales y disminuir el tiempo de respuesta ante una emergencia.

Conclusiones

La RCP y los primeros auxilios son competencias fundamentales tanto para profesionales sanitarios como no sanitarios. Una respuesta rápida, organizada y basada en protocolos puede mejorar significativamente el pronóstico de una persona que sufre una parada cardiorrespiratoria. La formación en RCP, el conocimiento de los sistemas de emergencia y la disponibilidad de DEA en lugares accesibles son elementos esenciales. La capacitación periódica y la realización de prácticas permiten mejorar las habilidades y la confianza de los profesionales para actuar ante situaciones de emergencia.

Bibliografía

1.European Resuscitation Council. *European Resuscitation Council Guidelines for Resuscitation*. ERC.

2.Consejo Español de Resucitación Cardiopulmonar. *Recomendaciones y guías de resucitación cardiopulmonar*. CERCP.

3.Organización Mundial de la Salud. *Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured*. OMS.

4.Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Cardiovascular del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

5.Perkins GD, et al. European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary. *Resuscitation*. 2021;161:1-60.

VIOLENCIA DE GÉNERO: RECONOCER, ACOMPAÑAR Y ACTUAR. UN COMPROMISO DE TODOS LOS PROFESIONALES

Introducción

La violencia de género constituye un importante problema de salud pública y una vulneración de los derechos humanos. Puede manifestarse mediante violencia física, psicológica, sexual, económica o digital, y afectar gravemente a la salud física y mental de las víctimas. Además, sus consecuencias pueden extenderse a los hijos y al entorno familiar. Los profesionales sanitarios y no sanitarios desempeñan un papel fundamental en la prevención, detección precoz, atención y derivación de las personas que sufren estas situaciones. Por ello, es necesario que dispongan de conocimientos y herramientas que les permitan reconocer las señales de alarma, actuar de manera adecuada y evitar la revictimización.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre la violencia de género y la actuación profesional ante situaciones de sospecha o confirmación. Se consultaron fuentes institucionales y bibliográficas relacionadas con salud pública, igualdad y violencia contra las mujeres, incluyendo organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministerio de Igualdad y el Ministerio de Sanidad. Se seleccionaron documentos que abordaban la identificación de indicadores de violencia, la atención integral, la prevención y la coordinación entre los diferentes profesionales y servicios. La información obtenida se organizó en cuatro áreas: detección, comunicación, intervención y seguimiento.

Resultados

La revisión muestra que la detección temprana es fundamental para reducir las consecuencias de la violencia de género. Entre las señales de alerta pueden encontrarse lesiones recurrentes o inexplicables, ansiedad, depresión, aislamiento social, miedo, baja autoestima, absentismo laboral o escolar y cambios bruscos de comportamiento. En el ámbito sanitario, la consulta puede constituir una oportunidad para identificar situaciones de violencia, especialmente cuando se garantiza un entorno seguro y confidencial.

La comunicación profesional debe basarse en la escucha activa, la empatía y la ausencia de juicios. Preguntas sencillas y respetuosas pueden facilitar que la víctima exprese su situación. No se debe responsabilizar a la persona por la violencia sufrida ni presionarla para tomar decisiones para las que todavía no está preparada.

Asimismo, los resultados ponen de manifiesto la importancia de la coordinación entre atención sanitaria, servicios sociales, recursos especializados, fuerzas y cuerpos de seguridad y otros agentes implicados. El personal no sanitario también puede contribuir a detectar cambios o situaciones de riesgo y facilitar el acceso a los recursos disponibles. La formación continuada de los profesionales mejora la capacidad de respuesta y favorece una atención integral.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta multidisciplinar y coordinada. Todos los profesionales, independientemente de su ámbito laboral, pueden desempeñar un papel relevante en su prevención y detección. Reconocer las señales de alerta, proporcionar una atención empática, garantizar la seguridad y facilitar el acceso a los recursos especializados son actuaciones esenciales. La formación profesional y la existencia de protocolos claros permiten ofrecer una respuesta más eficaz, evitando la revictimización y favoreciendo la recuperación y autonomía de las víctimas.

Bibliografía

1.Organización Mundial de la Salud.*Violencia contra la mujer*. OMS.

2.Ministerio de Igualdad.*Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género*. Gobierno de España.

3.Ministerio de Sanidad.*Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Gobierno de España.

4.Naciones Unidas.*Violencia contra las mujeres*. ONU Mujeres.

5.Organización Mundial de la Salud.*Understanding and addressing violence against women*.

WHO.

ACOSO SEXUAL LABORAL: RECONOCER, PREVENIR Y ACTUAR ANTE SITUACIONES DE VIOLENCIA SEXUAL

Introducción

El acoso sexual en el entorno laboral constituye una forma de violencia que vulnera la dignidad, la igualdad y los derechos fundamentales de las personas trabajadoras. Puede manifestarse mediante comentarios, insinuaciones, mensajes, gestos, contacto físico no deseado, solicitudes de carácter sexual o cualquier otra conducta de naturaleza sexual que genere un ambiente intimidatorio, hostil, degradante o humillante. Puede afectar tanto a mujeres como a hombres, aunque las mujeres presentan una mayor exposición. Los profesionales sanitarios y no sanitarios pueden encontrarse ante estas situaciones, ya sea como víctimas, testigos o responsables de su detección y prevención. Por ello, resulta fundamental conocer las señales de alerta y establecer mecanismos adecuados de actuación.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el acoso sexual laboral, sus principales manifestaciones, factores de riesgo, consecuencias y estrategias de prevención. Se consultaron fuentes institucionales y bibliográficas relacionadas con igualdad, salud laboral y violencia sexual, incluyendo la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y organismos oficiales españoles. Se seleccionaron documentos relacionados con la prevención del acoso, la protección de las víctimas, la actuación profesional y la elaboración de protocolos en el entorno laboral. La información recopilada se organizó en cuatro áreas: identificación, prevención, actuación y seguimiento.

Resultados

La revisión muestra que el acoso sexual puede presentarse de diferentes formas y no siempre resulta evidente. Entre las conductas de riesgo se encuentran los comentarios o bromas sexuales, insinuaciones, preguntas sobre la vida íntima, envío de contenido sexual, contacto físico no consentido, invitaciones insistentes o condicionamiento de oportunidades laborales a la aceptación de comportamientos de carácter sexual.

Las consecuencias pueden afectar gravemente al bienestar de la persona, provocando ansiedad, estrés, miedo, alteraciones del sueño, pérdida de autoestima, aislamiento, disminución del rendimiento y absentismo laboral. En determinadas circunstancias también pueden aparecer consecuencias físicas y problemas de salud mental.

La prevención requiere que las organizaciones establezcan políticas claras de tolerancia cero frente al acoso sexual. Es necesario disponer de protocolos conocidos por todos los trabajadores, canales de comunicación seguros y confidenciales y procedimientos de actuación que permitan investigar las situaciones denunciadas con garantías.

La formación de los profesionales constituye otra herramienta fundamental. El personal sanitario debe conocer las posibles consecuencias físicas y psicológicas del acoso y ofrecer una atención basada en la escucha, la confidencialidad y el respeto. El personal no sanitario, especialmente responsables, mandos intermedios y departamentos de recursos humanos, debe contribuir a crear espacios laborales seguros, detectar situaciones de riesgo y activar los mecanismos establecidos.

La actuación ante una posible situación de acoso debe evitar culpabilizar a la víctima. Es fundamental escuchar, proporcionar información sobre los recursos disponibles y garantizar la protección frente a posibles represalias. La coordinación entre los diferentes profesionales permite ofrecer una respuesta integral.

Conclusiones

El acoso sexual laboral constituye un problema que puede afectar a la salud, la seguridad y el bienestar de los trabajadores, además de deteriorar el clima laboral. Su prevención y abordaje requieren la implicación de toda la organización. La formación, la detección precoz, los protocolos de actuación y la existencia de canales seguros de comunicación son elementos esenciales. Tanto el personal sanitario como el no sanitario tienen un papel importante en la prevención, identificación y respuesta ante estas situaciones, contribuyendo a construir entornos laborales basados en el respeto, la igualdad y la seguridad.

Bibliografía

1.Organización Internacional del Trabajo. *Violencia y acoso en el mundo del trabajo*. OIT.

2.Organización Mundial de la Salud. *Violence against women*. OMS.

3.Ministerio de Igualdad. *Acoso sexual y acoso por razón de sexo en el ámbito laboral*. Gobierno de España.

4.Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.*Riesgos psicosociales en el trabajo*. Madrid: INSST.

5.España. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.*Boletín Oficial del Estado*.

El técnico de radiología en urgencias: prioridades, seguridad, toma de decisiones y radiología portátil.

Resumen:

La atención radiológica en los servicios de urgencias requiere rapidez, precisión y capacidad de adaptación a las condiciones clínicas de cada paciente. El técnico de radiología desempeña un papel importante en este entorno, especialmente ante pacientes críticos, politraumatizados o con dificultad para ser trasladados. La correcta priorización de las exploraciones permite responder a las necesidades más urgentes sin descuidar la seguridad y la calidad de la atención.

La seguridad del paciente y la protección radiológica son aspectos fundamentales durante la realización de las pruebas. La identificación correcta, la optimización de la dosis, la prevención de repeticiones y el uso adecuado de los equipos portátiles contribuyen a reducir riesgos. Asimismo, la experiencia y los conocimientos del técnico influyen en la toma de decisiones y en su capacidad para adaptar la técnica a las características de cada situación.

La radiología portátil constituye una herramienta especialmente útil cuando el traslado del paciente puede suponer un riesgo. A pesar de las dificultades relacionadas con el posicionamiento, el espacio disponible o la presencia de dispositivos médicos, una adecuada planificación permite obtener imágenes diagnósticas de calidad. La coordinación con el resto del equipo sanitario y la formación continuada del profesional son elementos esenciales para garantizar una atención radiológica segura y eficaz en urgencias.

Palabras clave: técnico de radiología; servicios médicos de urgencia; radiografía; seguridad del paciente; protección radiológica; toma de decisiones; diagnóstico por imagen.

Title: The radiographer in the emergency department: priorities, safety, decision-making and portable radiography. a literature review

Abstract:

Radiological care in emergency departments requires speed, accuracy, and the ability to adapt to each patient's clinical condition. Radiographers play an important role in this setting, particularly when caring for critically ill or polytrauma patients or those who cannot be safely transferred. Proper prioritization of examinations makes it possible to respond to the most urgent needs without compromising patient safety or quality of care.

Patient safety and radiation protection are essential throughout the imaging process. Correct patient identification, dose optimization, prevention of unnecessary repeat examinations, and appropriate use of portable equipment help reduce risks. Likewise, the radiographer's experience and knowledge influence decision-making and the ability to adapt imaging techniques to the specific circumstances of each patient.

Portable radiography is particularly useful when transferring a patient may pose a risk. Despite the challenges associated with positioning, limited space, and the presence of medical devices, appropriate planning allows diagnostically adequate images to be obtained. Coordination with the rest of the healthcare team and continuing professional education are essential to ensure safe and effective radiological care in emergency departments.

Keywords: radiographer; emergency medical services; radiography; patient safety; radiation protection; decision-making; diagnostic imaging.

Introducción:

Los servicios de urgencias constituyen uno de los puntos de mayor demanda asistencial del sistema sanitario. En España, durante 2024 se registraron 25.715.400 atenciones en los servicios de urgencias hospitalarias del Sistema Nacional de Salud, con una frecuentación de 526,8 atenciones por cada 1.000 habitantes. Del total de urgencias atendidas, el 10,1 % terminó en ingreso hospitalario, lo que refleja la diversidad de situaciones clínicas que deben ser valoradas y atendidas en estos servicios, desde procesos leves hasta pacientes con compromiso vital [1].

Las pruebas de imagen tienen un papel fundamental en la valoración inicial y en la toma de decisiones clínicas. La radiografía convencional continúa siendo una herramienta especialmente útil por su rapidez y disponibilidad, sobre todo en pacientes con traumatismos, dificultad respiratoria o sospecha de determinadas complicaciones. En los pacientes que no pueden ser trasladados a la sala de radiología, la radiografía portátil permite realizar la exploración en el propio box

de urgencias o en áreas de atención crítica. Esta situación exige al técnico de radiología adaptar el procedimiento a las condiciones clínicas del paciente, al entorno y a las necesidades del equipo asistencial [2,3].

El trabajo en urgencias requiere, por tanto, mucho más que la correcta ejecución técnica de una radiografía. El profesional debe identificar las prioridades, valorar las condiciones de seguridad, adaptar el posicionamiento y los parámetros técnicos, comprobar la calidad de la imagen y tomar decisiones ante situaciones que pueden cambiar durante la exploración. La literatura reciente señala que los profesionales de la radiografía realizan decisiones clínicas antes, durante y después de las pruebas, aunque factores como la presión asistencial, la falta de información clínica o el tiempo disponible pueden condicionar este proceso. Por ello, la formación, la experiencia y la coordinación con el resto del equipo sanitario son elementos importantes para garantizar una atención rápida y segura [4].

Objetivos:

General:

Analizar el papel del técnico de radiología en el servicio de urgencias, especialmente en relación con la priorización de la atención, la seguridad del paciente, la toma de decisiones y la realización de estudios de radiología portátil.

Específicos:

- Identificar las principales prioridades de actuación del técnico de radiología ante los diferentes niveles de gravedad y situaciones clínicas presentes en urgencias.
- Analizar las medidas relacionadas con la seguridad del paciente y la protección radiológica durante la realización de estudios radiográficos en el servicio de urgencias.
- Describir los principales factores que influyen en la toma de decisiones del técnico de radiología y en la utilización de equipos de radiología portátil en pacientes que no pueden ser trasladados.

Metodología:

Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática centrada en el papel del técnico de radiología en los servicios de urgencias, con especial atención a la priorización, la seguridad del paciente, la toma de decisiones y la radiología portátil. La búsqueda se limitó a publicaciones de los últimos cinco años, comprendidos entre agosto de 2021 y agosto de 2026.

Se consultaron bases de datos como: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO y Dialnet. También se realizó una búsqueda

complementaria de literatura relacionada con la actividad de los servicios de urgencias y la práctica radiológica.

La pregunta de investigación se estructuró mediante la estrategia PICO, acrónimo formado por:

- P (Paciente/Población): pacientes atendidos en los servicios de urgencias que requieren estudios radiográficos.
- I (Intervención): actuación del técnico de radiología basada en la priorización, la seguridad, la toma de decisiones y el uso de radiología portátil.
- C (Comparación): actuación radiológica convencional o ausencia de determinadas medidas de optimización y priorización.
- O (Resultados): seguridad del paciente, calidad de la imagen, reducción de riesgos y realización rápida y adecuada de la prueba.

A partir de esta estructura se planteó la siguiente pregunta: ¿Qué importancia tiene la actuación del técnico de radiología en la priorización, seguridad, toma de decisiones y realización de radiología portátil en pacientes atendidos en urgencias?

Las palabras clave utilizadas, seleccionadas a partir de los descriptores DeCS, fueron: “técnico de radiología; servicios médicos de urgencia; radiografía; seguridad del paciente; protección radiológica; toma de decisiones; diagnóstico por imagen”. Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para combinar los diferentes términos.

Se incluyeron artículos publicados entre agosto de 2021 y agosto de 2026, escritos en español o inglés, relacionados con la radiología en urgencias, la actuación profesional del técnico de radiología, la seguridad del paciente, la toma de decisiones o la radiología portátil. Se seleccionaron únicamente publicaciones con texto completo disponible gratuitamente.

Se excluyeron artículos publicados fuera del periodo establecido, estudios sin relación directa con el ámbito de urgencias o con la práctica radiológica, publicaciones cuyo texto completo no estuviera disponible gratuitamente, documentos duplicados y trabajos centrados exclusivamente en técnicas de imagen que no aportaran información relacionada con la actuación profesional, la seguridad o la toma de decisiones.

Resultados:

Prioridades en urgencias

La atención radiológica en urgencias se desarrolla en un entorno en el que la rapidez y la situación clínica del paciente condicionan la actuación del profesional. La prioridad de la exploración debe relacionarse con la gravedad y con la necesidad de obtener información diagnóstica que pueda modificar de forma inmediata la atención. En este sentido, los pacientes con traumatismos graves, alteración del nivel de conciencia, dificultad respiratoria o inestabilidad clínica requieren una respuesta especialmente rápida y coordinada con el resto del equipo asistencial [1,5].

El técnico de radiología debe conocer la información clínica disponible y adaptar su actuación a las condiciones del paciente. En situaciones de especial gravedad, la posibilidad de realizar determinadas exploraciones directamente en el box de urgencias evita desplazamientos innecesarios y permite obtener información diagnóstica sin interrumpir otras actuaciones prioritarias. Por ello, la coordinación entre los diferentes profesionales y la correcta identificación de las necesidades del paciente son aspectos fundamentales [2,4,5].

La priorización también implica capacidad de adaptación. El estado del paciente puede cambiar durante la exploración o pueden aparecer dificultades relacionadas con el posicionamiento, la presencia de dispositivos de monitorización o la imposibilidad de adoptar una posición convencional. Ante estas situaciones, el técnico debe modificar el procedimiento manteniendo como objetivos la seguridad del paciente y la obtención de una imagen diagnóstica adecuada [5,6].

Seguridad

La seguridad del paciente constituye un elemento esencial de la práctica radiológica en urgencias. Antes de realizar una exploración es necesario comprobar la identidad del paciente, la solicitud y la región anatómica que debe estudiarse, así como valorar aquellas circunstancias clínicas que puedan modificar el procedimiento. La literatura relacionada con la práctica radiográfica en urgencias destaca la importancia de justificar y optimizar las exploraciones y de obtener imágenes de calidad que eviten exposiciones innecesarias [4,5].

La protección radiológica adquiere una importancia especial cuando se utiliza un equipo portátil, debido a que la exposición se realiza en espacios compartidos con otros profesionales y pacientes. Las principales medidas de protección se basan en reducir el tiempo de exposición, aumentar la distancia respecto a la fuente de radiación y utilizar barreras adecuadas cuando sea necesario. En un estudio realizado en un servicio de urgencias con 1.464 radiografías portátiles, no se detectó exposición radiológica medible en el personal sanitario que participó en el estudio, lo que indica que las medidas de protección aplicadas correctamente proporcionan un nivel adecuado de seguridad [7].

La seguridad no se limita a la radiación. También incluye la prevención de errores relacionados con la identificación del paciente, la región anatómica o la repetición de imágenes. En este sentido, la actuación del técnico debe integrarse dentro de una cultura de seguridad compartida con el resto del equipo sanitario. La correcta comunicación y el cumplimiento de los procedimientos establecidos permiten reducir riesgos y mejorar la calidad de la atención [1,5].

Toma de decisiones

Los resultados muestran que la toma de decisiones forma parte de la actividad habitual del técnico de radiología en urgencias. Estas decisiones aparecen antes, durante y después de la exploración e incluyen la valoración de la solicitud, la selección de las proyecciones, la adaptación del posicionamiento y de los parámetros técnicos y la comprobación de la calidad de las imágenes obtenidas.

Una revisión publicada en 2024 señala que la toma de decisiones de los profesionales de la radiografía está condicionada por diferentes factores, entre ellos los conocimientos y la experiencia, la información clínica disponible, las características del paciente y las condiciones organizativas del entorno. En urgencias, la presión asistencial y la necesidad de actuar con rapidez pueden dificultar este proceso, por lo que la experiencia profesional y la capacidad de adaptación adquieren especial importancia [6].

La valoración de la calidad de la imagen constituye otra decisión relevante. El técnico debe determinar si la imagen obtenida cumple con los criterios necesarios para responder al objetivo de la exploración o si es necesario modificar la técnica y repetir la adquisición. Esta valoración debe realizarse buscando un equilibrio entre calidad diagnóstica y optimización de la dosis, evitando repeticiones que no aporten un beneficio clínico [5,6].

La comunicación con el resto del equipo también forma parte de este proceso. Ante hallazgos inesperados o situaciones que puedan requerir una actuación rápida, una comunicación adecuada puede favorecer una atención más segura y reducir retrasos en la asistencia. La literatura reciente plantea que la participación activa del radiógrafo en determinados circuitos de urgencias puede contribuir a mejorar la seguridad del paciente, siempre dentro de las competencias profesionales y de los protocolos establecidos [5].

Radiología portátil

La radiología portátil permite realizar exploraciones directamente en el lugar donde se encuentra el paciente y resulta especialmente útil cuando su traslado a la sala de radiología convencional puede suponer un riesgo. Su utilización tiene especial relevancia en pacientes críticos, politraumatizados y personas conectadas a dispositivos de monitorización o soporte vital. De esta manera, se

puede obtener información radiográfica sin interrumpir la atención que el paciente está recibiendo [3,4,5].

A pesar de sus ventajas, la radiografía portátil presenta dificultades técnicas. El espacio disponible suele ser limitado y el paciente puede no encontrarse en una posición adecuada para realizar una proyección convencional. Además, pueden existir cables, drenajes, sondas, dispositivos de monitorización u otros elementos que dificulten el posicionamiento. Estas circunstancias obligan al técnico a adaptar la técnica y buscar la mejor calidad de imagen posible dentro de las condiciones existentes [5,7].

Otro aspecto importante es la protección frente a la radiación dispersa. En las exploraciones portátiles, el profesional debe valorar la ubicación de las personas presentes y mantener una distancia adecuada durante la exposición. Un estudio realizado en un servicio de urgencias de alta actividad observó que, aplicando las medidas de protección habituales, la exposición ocupacional del personal fue mínima y se mantuvo muy por debajo de los límites establecidos [7].

Por tanto, la radiología portátil constituye una herramienta especialmente útil en urgencias, pero requiere una actuación planificada y adaptada a cada paciente. Su utilidad no depende únicamente de disponer de un equipo móvil, sino también de la capacidad del técnico para valorar el entorno, modificar el procedimiento cuando sea necesario, garantizar la seguridad y obtener una imagen diagnósticamente válida

5,7.

Discusión:

Los resultados muestran una relación directa entre la priorización y la seguridad del paciente. En urgencias, el técnico debe adaptar la realización de las pruebas a la gravedad y situación clínica, especialmente en pacientes inestables o politraumatizados. La coordinación con el resto del equipo permite realizar las exploraciones de forma rápida sin comprometer la atención del paciente [1,2,5].

La toma de decisiones también está estrechamente relacionada con la experiencia, los conocimientos y la información clínica disponible. El técnico debe adaptar el posicionamiento y la técnica a las características de cada paciente, buscando un equilibrio entre rapidez, calidad diagnóstica y protección radiológica [5,6].

La radiología portátil facilita la atención de pacientes que no pueden trasladarse, aunque presenta dificultades relacionadas con el espacio, el posicionamiento y la presencia de dispositivos médicos. Por ello, su utilización requiere experiencia y una correcta aplicación de las medidas de protección. En conjunto, priorización, seguridad, toma de decisiones y radiología portátil son aspectos

interrelacionados que contribuyen a una atención radiológica eficaz y segura en urgencias [5,7].

Conclusiones:

- El técnico de radiología tiene un papel importante en urgencias, donde debe priorizar las exploraciones según la situación clínica del paciente y actuar con rapidez sin descuidar la calidad de la imagen.

- La seguridad del paciente y la protección radiológica son fundamentales durante todo el procedimiento. La correcta identificación, la optimización de la dosis y la prevención de repeticiones permiten reducir riesgos.

- La toma de decisiones y la experiencia profesional facilitan la adaptación de la técnica a cada paciente. En este contexto, la radiología portátil resulta especialmente útil en pacientes críticos o que no pueden ser trasladados, siempre que se realice con una adecuada planificación y medidas de protección

Bibliografía:

1. Pearce B, Nguyên VNB, Cowling C, Pinson JA, Sim J. Australian radiographer roles in the emergency department; evidence of regulatory compliance to improve patient safety: a narrative review.

Radiography (Lond). 2024;30(1):319-331. doi:10.1016/j.radi.2023.11.022.

2. Diaby LF, Debess J, Teli M. Clinical decision-making within diagnostic radiography: a scoping review. Radiography (Lond). 2024;30(4):1136-1143. doi:10.1016/j.radi.2024.05.008.

3. Wallin A, Ringdal M, Ahlberg K, Lundén M. Radiographers' experience of preventing patient safety incidents in the context of radiological examinations. Scand J Caring Sci. 2023;37(2):414-423. doi:10.1111/scs.13124.

4. Briggs B, Kalra S, Panacek E. Risk of radiation exposure to emergency department personnel from portable radiographs. J Emerg Med. 2022;63(5):645-650. doi:10.1016/j.jemermed.2022.08.002.

5. Lock HS, Teng XL, Low ZX, Ooi J. Success criteria and challenges of mobile radiography in the era of COVID-19 pandemic: a Singapore perspective. J Med Imaging Radiat Sci. 2022;53(3):404-411. doi:10.1016/j.jmir.2022.06.007.

6. Chilanga CC, Olerud HM, Lysdahl KB. Radiographers' actions and challenges when confronted with inappropriate radiology referrals. Eur Radiol. 2022;32(6):4210-4217. doi:10.1007/s00330-02108470-z.

7. Ledesma López M, Ejarque Roca D, Alriols Andrés L, Bosque Ferrer S, Arruej Gracia R, Villa Pobo R.

Equipo portátil de radiodiagnóstico para el técnico superior en imagen para el diagnóstico. Revista

Sanitaria de Investigación. 2023;4(10). Disponible en:

https://revistasanitariadeinvestigacion.com/equipo-portatil-de-radiodiagnostico-para-el-tecnicosuperior-en-imagen-para-el-diagnostico/?utm

Radiología Intervencionista: protección radiológica del técnico. Revisión bibliográfica sistemática

Resumen:

La Radiología Intervencionista permite realizar procedimientos diagnósticos y terapéuticos mínimamente invasivos mediante el uso de técnicas de imagen, principalmente fluoroscopia. La exposición a radiación ionizante constituye uno de los principales riesgos laborales para los profesionales que trabajan en este entorno, especialmente cuando los procedimientos son prolongados o de elevada complejidad.

La protección radiológica se basa en la aplicación conjunta de los principios de tiempo, distancia y blindaje, junto con la utilización adecuada de barreras protectoras, equipos de protección individual y sistemas de dosimetría. La vigilancia de la dosis recibida, especialmente en zonas sensibles como el cristalino y las extremidades, permite controlar la exposición y detectar posibles situaciones de riesgo.

El técnico de radiología desempeña un papel activo en la seguridad durante los procedimientos intervencionistas. La preparación de la sala, la correcta colocación de las barreras, la optimización de las técnicas de adquisición, el mantenimiento de una posición adecuada y el cumplimiento de los protocolos contribuyen a reducir la exposición ocupacional. La formación continuada resulta fundamental para favorecer una práctica segura y prevenir exposiciones innecesarias.

Palabras clave: radiología intervencionista; protección radiológica; exposición ocupacional; radiación ionizante; dosimetría; personal de salud; técnico de radiología.

Title: Interventional radiology: radiation protection of the radiographer. A systematic literature review Abstract:

Interventional Radiology enables minimally invasive diagnostic and therapeutic procedures through the use of imaging techniques, mainly fluoroscopy. Exposure to ionizing radiation represents one of the main occupational risks for

professionals working in this setting, particularly during prolonged or highly complex procedures.

Radiation protection is based on the combined application of the principles of time, distance, and shielding, together with the appropriate use of protective barriers, personal protective equipment, and dosimetry systems. Monitoring the radiation dose received, particularly in sensitive areas such as the lens of the eye and the extremities, makes it possible to control exposure and identify potential risk situations.

The radiographer plays an active role in safety during interventional procedures. Room preparation, correct positioning of protective barriers, optimization of imaging techniques, maintaining an appropriate position, and adherence to safety protocols contribute to reducing occupational exposure. Continuing education is essential to promote safe practice and prevent unnecessary radiation exposure.

Keywords: interventional radiology; radiation protection; occupational exposure; ionizing radiation; dosimetry; healthcare personnel; radiographer.

Introducción:

La radiología intervencionista ha experimentado un importante desarrollo debido al aumento de los procedimientos mínimamente invasivos guiados por técnicas de imagen. Esta actividad implica una exposición ocupacional continuada para los profesionales que permanecen en la sala, entre ellos los técnicos de radiología. La principal fuente de exposición para el personal es la radiación dispersa generada por el paciente, por lo que la dosis recibida está relacionada con factores como el tiempo de exposición, la distancia al paciente, la posición respecto al tubo de rayos X y las medidas de protección utilizadas [1,2].

La exposición ocupacional puede variar considerablemente según el tipo y la duración de los procedimientos. La Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) señala que, con una protección adecuada, la dosis efectiva ocupacional puede mantenerse generalmente por debajo de 10 mSv (milisieverts) al año y habitualmente en torno a 2-4 mSv o menos, aunque existen diferencias importantes entre profesionales. Especial atención requiere la exposición del cristalino, cuyo límite de dosis equivalente para trabajadores es de 20 mSv al año, promediado durante cinco años, sin superar los 50 mSv en un único año. También deben considerarse las dosis recibidas en manos, pies y piel durante determinados procedimientos [1].

La protección radiológica del técnico no depende únicamente del uso de prendas plomadas, sino de la aplicación conjunta de los principios de tiempo, distancia y blindaje, junto con una adecuada dosimetría, formación y utilización de los sistemas de protección disponibles. Las recomendaciones internacionales

actuales consideran la protección ocupacional como un elemento integrado de la seguridad en radiología intervencionista y destacan la necesidad de formación inicial y periódica de todos los profesionales expuestos [2].

La importancia de una formación específica queda reflejada en una encuesta europea publicada en 2026, en la que participaron 91 radiógrafos de 12 países. El 23 % indicó no haber recibido formación formal en radiología intervencionista y solo el 53 % señaló utilizar habitualmente fluoroscopia pulsada. Estos resultados muestran diferencias en la preparación profesional y en las prácticas de protección radiológica, y ponen de manifiesto la necesidad de una formación homogénea que permita reducir exposiciones evitables [3].

Objetivos:

General:

Analizar las medidas de protección radiológica destinadas a reducir la exposición ocupacional del técnico de radiología durante los procedimientos de Radiología Intervencionista.

Específicos:

- Identificar los principales factores que influyen en la exposición ocupacional del técnico durante los procedimientos intervencionistas.
- Describir las principales medidas de protección radiológica, los equipos de protección y los sistemas de dosimetría utilizados en este entorno.
- Analizar el papel del técnico de radiología en la optimización de la protección radiológica y en la prevención de los riesgos asociados a la exposición ocupacional.

Metodología:

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la protección radiológica del técnico de radiología durante los procedimientos de Radiología Intervencionista, con especial atención a la exposición ocupacional, las medidas de protección y la prevención de riesgos. La búsqueda se limitó a publicaciones de los últimos cinco años.

Se consultaron las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO y Dialnet. También se realizó una búsqueda complementaria en organismos y sociedades científicas relacionadas con la protección radiológica, como la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) y la Organización Internacional de Energía Atómica (IAEA).

La pregunta de investigación se estructuró mediante la estrategia PICO, cuyas siglas corresponden a P (Paciente/Población), I (Intervención), C (Comparación) y O (Resultados).

- P (Paciente/Población): técnicos de radiología expuestos a radiación ionizante durante procedimientos de Radiología Intervencionista.
- I (Intervención): aplicación de medidas de protección radiológica y utilización de equipos de protección durante los procedimientos.
- C (Comparación): exposición ocupacional sin una aplicación adecuada de las medidas de protección radiológica.
- O (Resultados): reducción de la exposición ocupacional y prevención de los riesgos asociados a la radiación ionizante.

A partir de esta estructura se planteó la siguiente pregunta: ¿Qué medidas de protección radiológica permiten reducir la exposición ocupacional del técnico de radiología durante los procedimientos de Radiología Intervencionista?

Las palabras clave se seleccionaron a partir de los descriptores DeCS y MeSH relacionados con el tema: radiología intervencionista; protección radiológica; exposición ocupacional; radiación ionizante; dosimetría; personal de salud; técnico de radiología. Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para combinar los diferentes términos.

Se incluyeron publicaciones correspondientes a los últimos cinco años, desde agosto de 2021 hasta agosto de 2026.

Se incluyeron artículos publicados durante el periodo establecido, en español o inglés, relacionados con la protección radiológica, la exposición ocupacional y la seguridad del personal durante procedimientos de Radiología Intervencionista. Se priorizaron los trabajos con texto completo disponible de forma gratuita y aquellos publicados en revistas científicas especializadas.

Se excluyeron artículos publicados fuera del periodo establecido, estudios sin relación directa con la protección radiológica del personal, publicaciones centradas exclusivamente en la protección del paciente, artículos duplicados y documentos cuyo texto completo no estuviera disponible gratuitamente.

Resultados:

Exposición ocupacional en Radiología Intervencionista

La principal fuente de exposición del personal durante los procedimientos intervencionistas es la radiación dispersa generada por el paciente. La dosis ocupacional depende principalmente del tiempo de exposición, la distancia respecto al paciente, la posición del profesional y las características del

procedimiento. Por este motivo, la exposición puede variar considerablemente entre profesionales y entre diferentes intervenciones

1,2.

La dosis efectiva de los trabajadores puede mantenerse generalmente en niveles bajos cuando se aplican correctamente las medidas de protección, aunque determinados procedimientos prolongados o complejos pueden producir exposiciones superiores. La vigilancia mediante dosimetría permite conocer la exposición acumulada y detectar posibles situaciones que requieran revisar las condiciones de trabajo [1].

Factores que influyen en la dosis recibida

El tiempo de fluoroscopia y el número de adquisiciones son factores directamente relacionados con la cantidad de radiación generada. Los procedimientos de mayor complejidad, las intervenciones prolongadas y las adquisiciones repetidas pueden incrementar la radiación dispersa y, por tanto, la dosis recibida por el personal [1,2].

La distancia respecto al paciente también tiene una gran importancia. Al ser el paciente la principal fuente de radiación dispersa, aumentar la distancia permite reducir considerablemente la exposición. Asimismo, la posición del técnico dentro de la sala debe adaptarse a la geometría del equipo, evitando permanecer innecesariamente próximo al tubo de rayos X y al campo de radiación [1].

La angulación del tubo es otro elemento que debe tenerse en cuenta. Determinadas proyecciones pueden aumentar la radiación dispersa hacia la zona donde se encuentra el personal, por lo que el técnico debe conocer la disposición del equipo y modificar su posición cuando sea posible [1,3].

Optimización de la exposición radiológica

La protección radiológica se basa en los principios de tiempo, distancia y blindaje, que deben aplicarse conjuntamente durante el procedimiento. Reducir el tiempo de fluoroscopia, aumentar la distancia y utilizar correctamente las barreras permite disminuir la exposición ocupacional sin comprometer la finalidad diagnóstica o terapéutica de la intervención [1,2].

El técnico puede participar activamente en la optimización mediante la utilización adecuada de las herramientas disponibles en el equipo. La fluoroscopia pulsada, la reducción de la frecuencia de pulsos cuando las condiciones clínicas lo permiten, la colimación y la eliminación de adquisiciones innecesarias son medidas que pueden disminuir la radiación emitida [2,3].

La optimización de la dosis del paciente también repercute sobre la exposición del personal, debido a que una menor cantidad de radiación administrada al paciente genera, en general, una menor cantidad de radiación dispersa. Por ello,

la protección del paciente y la del profesional deben considerarse conjuntamente [2,4].

Equipos y barreras de protección

Los equipos de protección individual más utilizados son los delantales protectores, los protectores tiroideos y las gafas plomadas o equivalentes. A estos elementos se añaden las barreras móviles, las pantallas suspendidas del techo y las cortinas protectoras situadas en la mesa, que permiten reducir la radiación dispersa que alcanza al personal [1,2,3].

Las pantallas suspendidas deben colocarse correctamente entre el paciente y el profesional y mantenerse próximas al paciente durante el procedimiento. Su utilización adecuada puede reducir de forma importante la dosis recibida en la cabeza, el cuello y la parte superior del cuerpo [1,5].

La protección ocular requiere especial atención debido a la sensibilidad del cristalino frente a la radiación ionizante. El uso combinado de gafas protectoras, pantallas suspendidas y una posición adecuada dentro de la sala permite disminuir la dosis recibida en los ojos. También debe evitarse introducir las manos directamente en el campo de radiación [1,2].

Los elementos de protección individual deben conservarse adecuadamente y revisarse de forma periódica para detectar posibles deterioros. Un equipo de protección dañado o utilizado de forma incorrecta puede reducir significativamente su eficacia [2].

Dosimetría y vigilancia de la exposición

La dosimetría personal constituye una herramienta fundamental para controlar la exposición ocupacional. El técnico debe utilizar el dosímetro asignado durante los procedimientos y colocarlo siguiendo las indicaciones establecidas por el servicio de protección radiológica. En determinados trabajadores con exposición significativa puede ser necesaria una vigilancia específica de la dosis recibida por el cristalino o las extremidades [1,2].

El análisis periódico de los registros dosimétricos permite identificar exposiciones superiores a las habituales y valorar si las medidas de protección utilizadas son suficientes. Un aumento inesperado de la dosis debe llevar a revisar las condiciones de trabajo, la posición del profesional, el uso de las barreras y el funcionamiento de los equipos [1].

La dosimetría, por tanto, no debe considerarse únicamente un procedimiento administrativo, sino una herramienta para mejorar las condiciones de seguridad. Los resultados obtenidos permiten detectar tendencias de exposición y establecer medidas correctoras cuando sea necesario [1,2].

Efectos de la radiación ionizante

La exposición ocupacional prolongada a radiación ionizante puede producir efectos estocásticos y efectos tisulares. Entre estos últimos destaca la afectación del cristalino, debido a la sensibilidad de esta estructura a la radiación y a la posibilidad de acumular dosis a lo largo de la vida profesional.

Diversos estudios realizados en profesionales expuestos durante procedimientos intervencionistas han encontrado una mayor frecuencia de alteraciones del cristalino en comparación con grupos no expuestos. La exposición de las extremidades también puede ser relevante cuando las manos se aproximan al campo de radiación durante determinados procedimientos [1,4].

Estos riesgos justifican la necesidad de mantener una estrategia de protección durante toda la actividad profesional y no únicamente en procedimientos considerados de alta dosis. La prevención debe basarse en la reducción de exposiciones innecesarias y en el seguimiento dosimétrico continuado [1,2,4].

Papel del técnico y formación en protección radiológica

El técnico de radiología desempeña un papel activo en la protección radiológica del equipo intervencionista. Antes de iniciar el procedimiento debe comprobar la disponibilidad de los elementos de protección, preparar correctamente la sala y conocer la disposición del equipo. Durante la intervención debe mantener una posición segura, utilizar las barreras disponibles y colaborar en la optimización de las adquisiciones [1,2,3].

La formación específica permite utilizar correctamente las herramientas de reducción de dosis y reconocer situaciones que pueden incrementar innecesariamente la exposición. Una encuesta europea publicada en 2026, realizada a 91 radiógrafos de 12 países, mostró diferencias importantes en la formación y en las prácticas profesionales. El 23 % de los participantes señaló no haber recibido formación formal en Radiología Intervencionista y únicamente el 53 % indicó utilizar habitualmente fluoroscopia pulsada [3].

Estos resultados ponen de manifiesto la importancia de establecer programas de formación inicial y continuada. El conocimiento de la geometría del equipo, la dosimetría, los sistemas de protección y las técnicas de reducción de dosis debe formar parte de la preparación profesional del técnico que trabaja en intervencionismo [2,3,5].

Ergonomía y otros riesgos laborales

La actividad intervencionista también presenta riesgos laborales que no están directamente relacionados con la radiación. La duración prolongada de algunos procedimientos, el trabajo de pie y el uso continuado de prendas de protección pueden favorecer la aparición de molestias musculoesqueléticas, especialmente en espalda, cuello y hombros [2,6].

Las recomendaciones actuales plantean la necesidad de integrar la protección radiológica con la prevención de estos riesgos. El empleo de sistemas de protección suspendidos o móviles puede reducir la necesidad de utilizar continuamente elementos pesados, mientras que una adecuada organización del trabajo puede contribuir a disminuir la carga física [2,7,8].

Por tanto, la protección del técnico debe abordarse desde una perspectiva global. La combinación de optimización de la exposición, utilización correcta de barreras y equipos de protección, vigilancia dosimétrica, formación y medidas ergonómicas permite mejorar tanto la seguridad radiológica como las condiciones laborales del profesional [5,6,7,8].

Discusión:

La evidencia revisada muestra que la exposición ocupacional en Radiología Intervencionista está condicionada por múltiples factores y que no todos los procedimientos generan el mismo nivel de riesgo. La duración de la fluoroscopia, la complejidad de la intervención, la posición del profesional y la distancia respecto al paciente pueden modificar de manera importante la dosis recibida. Por ello, la protección radiológica debe adaptarse a las características de cada procedimiento y no basarse únicamente en el uso de equipos de protección individual [1,2].

Existe una relación directa entre la correcta aplicación de las medidas de protección y la reducción de la exposición ocupacional. El uso combinado de barreras, una adecuada posición dentro de la sala y la optimización de los parámetros de adquisición permite reducir la radiación dispersa sin interferir en el desarrollo de la intervención. La evidencia también pone de manifiesto que la protección del paciente y la del personal están estrechamente relacionadas, ya que una adecuada optimización de la dosis administrada al paciente contribuye a disminuir la radiación dispersa que alcanza al equipo [3,5,8].

Los resultados también destacan la importancia de la formación del técnico de radiología. El conocimiento de los equipos, de los sistemas de reducción de dosis y de la distribución de la radiación dentro de la sala permite adoptar decisiones durante el procedimiento que pueden disminuir exposiciones innecesarias. Las diferencias observadas en la formación de profesionales europeos ponen de manifiesto que todavía existe margen para mejorar la preparación específica en Radiología Intervencionista [3].

Por último, la protección ocupacional debe entenderse de forma global. La vigilancia dosimétrica permite controlar la exposición acumulada, mientras que la prevención de lesiones del cristalino y de las extremidades requiere combinar las medidas de protección con una correcta posición del profesional. A ello se añaden los riesgos ergonómicos derivados del uso prolongado de prendas protectoras y de los procedimientos de larga duración. En consecuencia, la

seguridad del técnico depende de la integración de medidas radiológicas, organizativas y ergonómicas dentro de la práctica habitual [1,2,4,7].

Conclusiones:

- La exposición ocupacional del técnico de radiología en Radiología Intervencionista está condicionada principalmente por el tiempo de exposición, la distancia al paciente, la posición dentro de la sala y las características de cada procedimiento. Conocer estos factores permite identificar situaciones de mayor exposición y adoptar medidas preventivas.

- La utilización conjunta de barreras, equipos de protección, dosimetría y técnicas de optimización constituye la estrategia más eficaz para reducir la exposición ocupacional. Estas medidas deben aplicarse de forma sistemática y adaptarse a las condiciones de cada procedimiento.

- El técnico de radiología tiene un papel activo en la protección radiológica, tanto en la preparación de la sala como durante el procedimiento. La formación continuada, el conocimiento de los equipos y la correcta aplicación de los protocolos son fundamentales para mantener una práctica segura y prevenir exposiciones innecesarias.

Bibliografía:

1. Ortiz López P, Dauer LT, Loose R, Martin CJ, Miller DL, Vañó E, et al. ICRP Publication 139: Occupational radiological protection in interventional procedures. Ann ICRP. 2018;47(2):1-118. doi:10.1177/0146645317750356.

2. Miller DL, Vañó E, Bartal G, Balter S, Dixon R, Padovani R, et al. Occupational radiation protection in interventional radiology: a joint guideline from the Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe and the Society of Interventional Radiology. Cardiovasc Intervent Radiol. 2026;49:716-733. doi:10.1007/s00270-025-04195-4.

3. McFadden S, Karera A, Greer E, McLaughlin L, Rainey C, McNulty JP. Professional practice, training, and role development of radiographers in interventional radiology and cardiology: an international survey across Europe. Radiography (Lond). 2026;32(4S1):103315. doi:10.1016/j.radi.2025.103315.

4. Pinto MM, et al. Gestão do cuidado de enfermagem na proteção radiológica em radiologia intervencionista. Rev Gaúcha Enferm. 2022;43:e20210227. doi:10.1590/19831447.2022.20210227.

5. Fernández A, Castillo Martínez WA, Otero Fernández C, Franco González M, Centeno Regueira M, Magallanes Bas M, et al. Un desafío

de práctica avanzada en Radiología Intervencionista. Nuestra experiencia. CUIDARXE. 2023;4(2):5-10.

6. Lian ME, Wu GY, Chao MF, Wang CS, Miao HC, Tsai MS, et al. Occupational radiation dose and protection to the eye lens for interventional cardiology operators. Radiat Meas. 2022;154:106778. doi:10.1016/j.radmeas.2022.106778.

7. O'Connor U, Gallagher A, O'Reilly G, Dowling A, Malone L, O'Connor M, et al. Occupational radiation exposure to the lens of the eye in interventional radiology. J Med Imaging Radiat Oncol. 2022;66(1):34-40. doi:10.1111/1754-9485.13307.

8. Padole A, Chida K, Morishima Y, Masuyama H, Chiba H, Katahira Y, et al. What are useful methods to reduce occupational radiation exposure among radiological medical workers, especially for interventional radiology personnel? Radiol Phys Technol. 2022;15:1-15. doi:10.1007/s12194-02200660-8.

Actuación del técnico superior en imagen para el diagnóstico ante pacientes con claustrofobia en resonancia magnética

Management of patients with claustrophobia undergoing magnetic resonance imaging by the diagnostic imaging technologist

Resumen

Este trabajo analiza cómo la claustrofobia y la ansiedad afectan a los pacientes durante una resonancia magnética (debido al ruido y al espacio reducido) y destaca la labor clave del Técnico en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear para que la prueba sea más segura, segura y llevadera. Se busca entender el miedo del paciente en la resonancia y explicar qué puede hacer el técnico para ayudarle y ofrecer una mejor atención.

Abstract

This study analyzes how claustrophobia and anxiety affect patients during an MRI scan (due to noise and confined space) and highlights the pivotal role of the Diagnostic Imaging and Nuclear Medicine Technician in making the procedure safer and more manageable. The aim is to understand the patient's fear regarding the MRI and to explain what the technician can do to assist them and provide better care.

Palabras claves

Resonancia, claustrofobia, ansiedad, estrés

Keywords

MRI, claustrophobia, anxiety, stress

Introducción

La resonancia magnética (RM) es una herramienta hoy en día clave en el diagnóstico médico moderno debido principalmente a su alta precisión diagnóstica y por no emitir radiación ionizante. Sin embargo, su realización presenta un obstáculo bastante recurrente en la práctica clínica ya que son muchos los pacientes que experimentan episodios de claustrofobia. Existen diversos factores desencadenantes de claustrofobia, entre los tres principales encontramos, la estructura del equipo, ya que la necesidad de introducirse en el gantry, quietos y con una considerable duración, desencadena momentos de angustia. Por otro lado, tenemos como desencadenante los intensos ruidos rítmicos generados por los gradientes magnéticos durante el escaneo hace que se incremente el estrés en la persona y por último el permanecer inmóvil para la prueba, oscilando alrededor de 30 minutos, hace que se intensifique el malestar y el estrés.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa utilizando fuentes científicas y documentación de referencia publicada entre 2020 y 2026.

Bases de datos consultadas

PubMed/MEDLINE

Scorpus y Web of sciencie

Scielo y Dialnet

Documentación y organismos de referencia

Ministerio de Sanidad de España: Guías de humanización de la asistencia sanitaria y protocolos de atención centrada en el paciente.

Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) y Sociedad Española de Graduados en Radiología (SEGRA): Documentos de consenso, guías clínicas y recomendaciones prácticas sobre el manejo del paciente ansioso en resonancia magnética.

European Society of Radiology (ESR) y International Society for Magnetic Resonance in Medicine (ISMRM): Manuales de buenas prácticas y seguridad en el entorno de Resonancia magnética.

Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Recomendaciones para la atención integral y humanización en los servicios de radiodiagnóstico. Madrid SERAM 2021.

Criterios de inclusión

Publicaciones y guías de práctica clínica sobre la prevención, evaluación y manejo de la claustrofobia, ansiedad y malestar sobre estrategias de humanización, técnicas de comunicación efectivas y confort en el servicio de radiodiagnóstico. Investigaciones centradas en el impacto del papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) en la reducción de cancelaciones y mejora de la adherencia a la prueba.

Análisis de alternativas técnicas y protocolos adaptados en RM.

Resultados

La ansiedad y la claustrofobia la experimentan entre un 1% y un 15% de los pacientes. Alrededor del 2% al 2.5% de todas las exploraciones globales terminan cancelándose o no se completan a causa de episodios agudos de pánico. Los principales estímulos estresantes identificados son el diámetro tan pequeño del gantry, la inmovilidad prolongada (de

20 a 45 minutos) y los altos niveles de ruido acústico (hasta 120 dB) producidos por la vibración de las bobinas de gradiente. Cabe destacar la aparición de ansiedad antes de entrar a la sala de exploración. La falta de información clara sobre el procedimiento, suele aumentar esta percepción.

Discusión

El análisis de la literatura científica confirma que la claustrofobia en RM representa una barrera asistencial relevante que afecta a la calidad de la imagen médica y a la eficiencia del servicio de radiodiagnóstico.

El estrés activa movimientos involuntarios y respiración irregular que generan artefactos por movimiento, lo que obliga a repetir secuencias o reduce el valor diagnóstico de la prueba. La interrupción o el abandono de la prueba sobre la marcha, satura las listas de espera y genera costes indirectos al sistema sanitario.

Conclusiones

La sedación consciente o anestesia general (especialmente en pediatría o claustrofobia severa) resuelve el problema técnico, pero añade riesgos médicos para el paciente, requiere monitorización continuada del paciente y alarga los tiempos en la sala de exploración. Los equipos de tubo ancho o abiertos reducen la sensación de angustia y claustrofobia de forma bastante significativa. La evidencia demuestra que una comunicación previa y fluida, además de la empatía por parte del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico (TSID) pueden reducir significativamente los niveles de ansiedad, haciendo innecesaria la medicación en una gran parte de pacientes. La explicación clara del proceso por parte del técnico y el uso adecuado del intercomunicador durante la prueba, se ha demostrado que reduce el nivel de estrés y se afronta mejor la claustrofobia.

Bibliografías

1- Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM). Recomendaciones para la atención integral y humanización en los servicios de radiodiagnóstico. Madrid: seram; 2021

2- Friedrich JB, Yurdakul G. Patient comfort and claustrophobia management in MRI: strategies for radiographers. Radiography . 2023;29:245-50.

3- Chapman HA, Whiston S, Taylor B. Managing claustrophobia in MRI: A systematic review of non-pharmacological interventions. Radiography. 2021,27:648-91

4- Enders J, Zimmermann E, Rief M, Martus P, Klingebiel R, Asbach P, et al. Reduction of claustrophobia during magnetic resonance imaging: methods and design of a randomized controlled trial. BMC Med Imaging. 2011;11:4. 5-

Friedrich JB, Yurdakul G. Patient comfort and claustrophobia management in MRI: strategies for radiographers.

Radiography. 2023;29(2):245-50.

Seguridad del paciente portador de marcapasos o implantes metálicos en Resonancia Magnética: actuación del técnico de radiología. Revisión bibliográfica sistemática

Resumen:

La Resonancia Magnética es una técnica de diagnóstico por imagen que presenta riesgos específicos en pacientes portadores de marcapasos, dispositivos electrónicos o implantes metálicos. La compatibilidad de estos dispositivos debe comprobarse antes de la exploración, ya que sus características pueden determinar las condiciones bajo las que puede realizarse el estudio.

La seguridad requiere una valoración previa del paciente, identificación del implante y comprobación de la información proporcionada por el fabricante. En el caso de los marcapasos, puede ser necesaria la programación y monitorización del dispositivo, además de una coordinación adecuada entre los profesionales implicados.

El técnico de radiología desempeña un papel fundamental en la prevención de incidentes relacionados con la Resonancia Magnética. El cribado del paciente, la preparación, el control de acceso a la sala y el cumplimiento de los protocolos de seguridad permiten realizar la exploración minimizando los riesgos y favoreciendo una atención segura

Palabras clave: resonancia magnética; marcapasos artificial; dispositivos implantados; seguridad del paciente; implantes metálicos; diagnóstico por imagen.

Title: Patient safety in magnetic resonance imaging for patients with pacemakers or metallic implants: the role of the radiographer. a systematic literature review

Abstract

Magnetic Resonance Imaging (MRI) is a diagnostic imaging technique that presents specific risks for patients with pacemakers, electronic devices, or metallic implants. The compatibility of these devices must be assessed before the examination, as their characteristics may determine the conditions under which the scan can be safely performed.

Safety requires a prior patient assessment, identification of the implant, and verification of the information provided by the manufacturer. In patients with pacemakers, device reprogramming and monitoring may be required, together with appropriate coordination among the healthcare professionals involved.

The radiographer plays a key role in preventing MRI-related incidents. Patient screening, preparation, access control to the MRI room, and adherence to safety protocols allow the examination to be performed while minimizing risks and promoting safe patient care.

Keywords: magnetic resonance imaging; artificial pacemakers; implanted devices; patient safety; metallic implants; diagnostic imaging.

Introducción:

La Resonancia Magnética (RM) es una técnica de diagnóstico por imagen ampliamente utilizada por su capacidad para obtener imágenes de alta calidad sin emplear radiación ionizante. Sin embargo, el entorno de RM presenta riesgos específicos relacionados con el potente campo magnético y los campos de radiofrecuencia, especialmente en pacientes portadores de dispositivos médicos implantados. La presencia de un marcapasos, un desfibrilador, determinados implantes metálicos o cuerpos extraños no supone necesariamente una contraindicación absoluta, pero requiere una valoración previa y unas condiciones de exploración concretas [1].

En los últimos años, la utilización de la RM en pacientes portadores de dispositivos cardíacos implantables ha aumentado debido a la aparición de sistemas diseñados y autorizados para su uso bajo determinadas condiciones. Un registro multicéntrico español publicado en 2024 mostró que el 3,5 % de los pacientes incluidos fueron sometidos a una RM durante el seguimiento, poniendo de manifiesto que estas exploraciones forman parte cada vez más de la práctica clínica en personas con marcapasos o desfibriladores. La evidencia reciente indica que, cuando se siguen protocolos específicos, se realiza la comprobación del dispositivo y se mantiene una monitorización adecuada, la RM puede llevarse a cabo con un riesgo bajo de complicaciones [2,3].

En este contexto, el técnico de radiología desempeña un papel fundamental en la seguridad del procedimiento. La identificación del implante, la comprobación de sus condiciones de compatibilidad con la RM, el cribado previo del paciente, la preparación antes de acceder a la sala y el seguimiento adecuado de los protocolos de seguridad es fundamental para garantizar que la exploración se realice en condiciones seguras. Las recomendaciones actuales destacan la necesidad de realizar una comprobación final antes de la exploración y de conocer la clasificación de los dispositivos como MR Safe, MR Conditional o MR Unsafe, evitando asumir que un implante metálico es seguro únicamente por el material del que está fabricado [1,4].

Objetivos:

General:

Analizar las medidas de seguridad necesarias para la realización de Resonancia Magnética en pacientes portadores de marcapasos o implantes metálicos, destacando el papel del técnico de radiología en la prevención de riesgos.

Específicos

- Identificar los principales riesgos asociados a la realización de Resonancia Magnética en pacientes con marcapasos e implantes metálicos.

- Describir las medidas de seguridad y los procedimientos de comprobación necesarios antes y durante la exploración.

- Analizar el papel del técnico de radiología en la identificación de los dispositivos, la preparación del paciente y el cumplimiento de los protocolos de seguridad en Resonancia Magnética.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica sistemática sobre la seguridad de la Resonancia Magnética en pacientes portadores de marcapasos e implantes metálicos, con especial atención a la actuación del técnico de radiología. La búsqueda se limitó a publicaciones de los últimos cinco años.

Se consultaron las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, SciELO y Dialnet. También se realizó una búsqueda complementaria en organismos y sociedades científicas relacionadas con la seguridad en Resonancia Magnética.

La pregunta de investigación se estructuró mediante la estrategia PICO, cuyas siglas corresponden a P (Paciente/Población), I (Intervención), C (Comparación) y O (Resultados).

- P (Paciente/Población): pacientes portadores de marcapasos o implantes metálicos que precisan una Resonancia Magnética.

- I (Intervención): aplicación de medidas y protocolos de seguridad durante la exploración.

- C (Comparación): realización de la exploración sin la aplicación adecuada de dichas medidas.

- O (Resultados): reducción de riesgos y realización segura de la Resonancia Magnética.

A partir de esta estructura se planteó la siguiente pregunta: ¿Qué medidas de seguridad debe aplicar el técnico de radiología durante la realización de Resonancia Magnética en pacientes portadores de marcapasos o implantes metálicos para reducir los riesgos asociados?

Las palabras clave se seleccionaron a partir de los descriptores DeCS y MeSH relacionados con el tema: resonancia magnética; marcapasos artificial; dispositivos implantados; seguridad del paciente; implantes metálicos; diagnóstico por imagen. Se utilizaron los operadores booleanos AND y OR para combinar los diferentes términos

Se incluyeron publicaciones correspondientes a los últimos cinco años, desde agosto de 2021 hasta agosto de 2026.

Se incluyeron artículos publicados durante el periodo establecido, en español o inglés, relacionados con la seguridad de la Resonancia Magnética en pacientes con marcapasos, dispositivos implantados o implantes metálicos, y con la actuación de los profesionales de radiología. Se priorizaron los trabajos con texto completo disponible de forma gratuita.

Se excluyeron artículos publicados fuera del periodo establecido, estudios sin relación directa con la seguridad en Resonancia Magnética, publicaciones centradas exclusivamente en aspectos técnicos del equipo sin aplicación clínica, artículos duplicados y documentos cuyo texto completo no estuviera disponible gratuitamente.

Resultados:

Riesgos asociados a la Resonancia Magnética en pacientes con implantes

La Resonancia Magnética utiliza campos magnéticos intensos y ondas de radiofrecuencia que pueden interactuar con determinados dispositivos o materiales presentes en el organismo. Entre los principales riesgos se encuentran el desplazamiento de objetos ferromagnéticos, el calentamiento de algunos componentes, la alteración del funcionamiento de dispositivos electrónicos y la aparición de artefactos que pueden afectar a la calidad de la imagen. Por este motivo, la presencia de un implante requiere una valoración previa antes de realizar la exploración [1,2].

No todos los implantes metálicos presentan el mismo riesgo. Actualmente, los dispositivos se clasifican según su comportamiento en el entorno de RM como MR Safe, MR Conditional o MR Unsafe. En el caso de los dispositivos MR Conditional, la exploración puede realizarse únicamente cuando se cumplen las condiciones establecidas por el fabricante, que pueden incluir determinados valores de campo magnético, límites de absorción de energía, posición del paciente o duración de la exploración [1].

Pacientes portadores de marcapasos

Los marcapasos y otros dispositivos cardíacos implantables requieren una valoración específica antes de realizar una RM. La literatura reciente muestra que estas exploraciones pueden realizarse de forma segura en pacientes seleccionados cuando se siguen protocolos establecidos, se comprueba previamente el dispositivo y se realizan las medidas de monitorización y programación indicadas. En una revisión de 1.010 exploraciones de RM en

pacientes con dispositivos cardíacos implantables no se observaron fallos graves del dispositivo ni pérdida de captura después de las exploraciones realizadas siguiendo protocolos de seguridad [3].

La valoración debe incluir la identificación exacta del dispositivo, el fabricante y el modelo, así como la comprobación de la presencia de electrodos abandonados o cualquier otra circunstancia que pueda modificar el riesgo. Cuando sea necesario, el dispositivo debe ser programado antes de la exploración y revisado nuevamente después de finalizarla. Por tanto, la realización de una RM en estos pacientes requiere coordinación entre los profesionales responsables del dispositivo y el equipo de Resonancia Magnética [1,3].

Seguridad en pacientes con implantes metálicos

La presencia de un implante metálico no implica por sí misma que la RM esté contraindicada. El riesgo depende de las características del material, su localización, la finalidad del implante y, especialmente, de la información disponible sobre su comportamiento en el campo magnético. Ante un dispositivo cuya compatibilidad no pueda determinarse, no debe asumirse que es seguro únicamente porque el paciente lleve tiempo con él o porque no haya presentado problemas anteriormente [1,5].

Además del riesgo asociado al movimiento o calentamiento del implante, algunos materiales pueden producir artefactos que reduzcan la calidad diagnóstica. Por ello, la identificación previa del dispositivo y la consulta de la información proporcionada por el fabricante son pasos fundamentales. En situaciones en las que no exista información suficiente, debe realizarse una valoración individual del riesgo y beneficio antes de decidir la exploración [1,4,6].

Papel del técnico de radiología en la seguridad

El técnico de radiología tiene una función fundamental en la aplicación de las medidas de seguridad de la RM. Entre sus responsabilidades se encuentran el cribado previo del paciente, la identificación de posibles implantes y objetos metálicos, la comprobación de la documentación disponible y la verificación de que se cumplen las condiciones necesarias antes de acceder a la sala de exploración.

La comprobación final antes de iniciar la exploración constituye una medida especialmente importante. El técnico debe asegurarse de que no existan objetos o dispositivos no autorizados en la sala y de que el paciente haya sido correctamente preparado. Las recomendaciones actuales destacan la importancia de establecer procedimientos estructurados de comprobación y de disponer de personal específicamente formado en seguridad de RM [1,5,7].

Durante la exploración también es necesario mantener una comunicación adecuada con el paciente y vigilar la aparición de molestias, sensación de calor, dolor u otros síntomas. En determinadas situaciones puede ser necesaria la monitorización de las funciones vitales, especialmente en pacientes portadores de dispositivos cardíacos. La actuación del técnico debe integrarse en los protocolos establecidos por el centro y coordinarse con el resto de profesionales implicados [1,3,5].

Discusión:

Los resultados muestran que la presencia de un marcapasos o de un implante metálico no implica necesariamente que la Resonancia Magnética esté contraindicada. La seguridad depende principalmente de conocer el tipo y modelo del dispositivo y de comprobar las condiciones específicas establecidas para su utilización en RM. Por ello, la identificación previa del implante constituye uno de los pasos más importantes del procedimiento [1,2].

Existe una relación directa entre la correcta preparación del paciente y la prevención de complicaciones. La aplicación de protocolos, la revisión de la información del fabricante y, cuando sea necesario, la programación y posterior comprobación del dispositivo permiten reducir los riesgos asociados a la exploración. En los pacientes con dispositivos cardíacos, la evidencia reciente indica que, siguiendo protocolos adecuados y con una monitorización apropiada, la RM puede realizarse de forma segura en pacientes seleccionados [2,3].

El técnico de radiología desempeña un papel fundamental en este proceso, especialmente en el cribado previo, la identificación de objetos o dispositivos potencialmente peligrosos, la preparación del paciente y la comprobación de las condiciones de seguridad antes de iniciar la exploración. La formación específica y el cumplimiento de los procedimientos establecidos son esenciales, ya que muchos incidentes en RM están relacionados con fallos en los procesos de seguridad más que con problemas del propio equipo [1,4].

En conjunto, la seguridad del paciente con implantes en RM depende de un proceso organizado en el que intervienen diferentes profesionales. La correcta identificación del dispositivo, la valoración individual del riesgo y el seguimiento de las condiciones específicas de la exploración permiten ampliar el acceso a esta técnica sin comprometer la seguridad del paciente [2,3,4,5,7].

Conclusiones:

- La presencia de un marcapasos o implante metálico requiere una valoración individual antes de realizar una Resonancia Magnética, ya que el riesgo depende de las características y condiciones de cada dispositivo. Por ello, no debe considerarse de forma automática que estos pacientes tengan contraindicada la exploración.

- La aplicación de protocolos de seguridad permite minimizar los posibles riesgos. La identificación del dispositivo, la comprobación de su compatibilidad y el cumplimiento de las condiciones establecidas son pasos fundamentales para realizar la exploración de forma segura.

- El técnico de radiología tiene un papel esencial en este proceso, especialmente en el cribado del paciente, la preparación previa y la comprobación de las condiciones de seguridad. Su formación y conocimiento del entorno de RM contribuyen a prevenir incidentes y a garantizar una atención adecuada al paciente.

Bibliografía:

1. American College of Radiology Committee on MR Safety. ACR manual on MR safety. Reston (VA):

American College of Radiology; 2024. Disponible en: https://www.acr.org/-

/media/ACR/Files/Radiology-Safety/MR-Safety/Manual-on-MR-Safety.pdf

2. Meier C, Israel C, Eisenblätter M, Hoyer A, Stoye FV, Yilmaz A, et al. Safety of magnetic resonance imaging in patients with cardiac implantable electronic devices and abandoned or epicardial leads:

a systematic review and meta-analysis. Europace. 2024;26(6). doi:10.1093/europace/euae165.

3. Greenhill MJ, Rangan P, Su W, Weiss JP, Zawaneh M, Unzek S, et al. MRI in patients with cardiovascular implantable electronic devices and fractured or abandoned leads. Radiol Cardiothorac Imaging. 2024;6(3). doi:10.1148/ryct.230303.

4. Baker C, Nugent B, Grainger D, Hewis J, Malamateniou C. Systematic review of MRI safety literature in relation to radiofrequency thermal injury prevention. J Med Radiat Sci. 2024;71(3):445-460.

doi:10.1002/jmrs.800.

5. Ledesma López M, Ejarque Roca D, Alriols Andrés L, Bosque Ferrer S, Arruej Gracia R, Villa Pobo R. Equipo portátil de radiodiagnóstico para el técnico superior en imagen para el diagnóstico. Rev Sanit Investig. 2023;4(10).

6. Indik JH, Patton KK, Meier C, et al. 2024 SCMR expert consensus statement for cardiovascular magnetic resonance of patients with a cardiac implantable electronic device. J Cardiovasc Magn Reson. 2024;26:100999. doi:10.1016/j.jocmr.2024.100999.

7. Kewcharoen J, Shah K, Bhardwaj R, Contractor T, Turagam MK, Mandapati R, et al. New-generation electronic appliances and cardiac implantable electronic devices: a systematic literature review of mechanisms and in vivo studies. J Interv Card Electrophysiol. 2024;67(7):1709-1720. doi:10.1007/s10840-024-01777-z.

La radioprotección en el Técnico en Imagen para el Diagnóstico: herramienta fundamental para el desempeño profesional.

Radiation Protection for Diagnostic Imaging Technicians: A Fundamental Tool for Professional Practice Autor: Héctor Cortázar Fraile

Resumen

La radioprotección constituye un elemento esencial en la práctica diaria de las numerosas funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear, una herramienta imprescindible que proporciona garantías para una atención sanitaria segura y que proporcione a su vez calidad.

Abstract

Radiation protection is an essential element in the daily practice of the numerous functions performed by the Higher Technician in Diagnostic Imaging and Nuclear Medicine; it is an indispensable tool that ensures safe and high-quality healthcare.

Palabras claves

Radioprotección, dosis, radiaciones, seguridad keywords

Radiation protection, dose, radiation, safety

Introducción

Usar radiación en diagnóstico por imagen exige que el personal esté bien formado sobre sus riesgos y sepa cómo proteger a pacientes, compañeros y público.

La clave está en aplicar la protección radiológica mediante tres pilares:

Justificación: realizar solo las pruebas que sean estrictamente necesarias.

Optimización (Principio ALARA): conseguir la mejor imagen posible con la menor dosis de radiación razonable.

Límite de dosis: no superar jamás los niveles de exposición permitidos.

En este proceso, el técnico es fundamental, ya que deriva de su responsabilidad los ajustes de los equipos a cada paciente y el aplique de las medidas de seguridad y protección precisas en cada prueba para garantizar un diagnóstico seguro y de calidad.

La radioprotección no es solo seguir un reglamento de seguridad: es la ciencia encargada de evitar que la radiación cause daños a la salud.

Estos daños o efectos biológicos se dividen en dos tipos principales:*Deterministas (con umbral*): Solo aparecen si se supera una cantidad de radiación concreta y *Estocásticos (probabilísticos*): No tienen una dosis mínima para aparecer. A más radiación, más probabilidades hay de que ocurra un daño a largo plazo, siendo el cáncer el riesgo principal.

En España, la normativa de seguridad radiológica se fundamenta en las directivas de la Unión Europea, integradas en el derecho nacional a través del Real Decreto 1029/2022. Este marco legal se complementa con las directrices de entidades de referencia global como la Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) y el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

En conjunto, esta regulación define los deberes que deben cumplir los profesionales de la salud, fija las pautas obligatorias para justificar y optimizar cada examen clínico y establece los requisitos de capacitación continua que garantizan una práctica asistencial rigurosa y alineada con los estándares internacionales.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa utilizando fuentes científicas y documentación regulatoria e institucional publicada entre 2020 y 2026.

Bases de datos consultadas

PubMed / MEDLINE

Scopus y Web of Science (WoS)

SciELO y Dialnet

Documentación institucional y organismos de referencia:

Consejo de Seguridad Nuclear (CSN) de España.

Ministerio de Sanidad de España (Real Decreto 1029/2022 y normativa en radioprotección).

Comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) y Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA).

Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM) y Sociedad Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular (SEMNIM).

Criterios de inclusión

Publicaciones y guías de práctica clínica sobre optimización de dosis de radiación y aplicación de los principios ALARA . Estudios sobre protocolos de adquisición y garantía de calidad en Radiodiagnóstico, Tomografía Computarizada (TC), Resonancia Magnética (RM) y Medicina Nuclear (PET/SPECT).

Investigaciones sobre gestión de dosis, sistemas de registro dosimétrico y sistemas de información de imagen médica (PACS/RIS).

Normativa vigente sobre seguridad radiológica y protección

Resultados

La constante innovación tecnológica en los servicios de radiodiagnóstico exige que los profesionales de la salud mantengan sus conocimientos en radioprotección permanentemente actualizados. El manejo de los nuevos equipos y técnicas de imagen médica requiere dominar tanto la normativa vigente como las recomendaciones internacionales de seguridad, garantizando así una práctica clínica guiada y la mejora continua.

Esta preparación constante fortalece de manera directa la seguridad dentro de las instituciones sanitarias. Fomenta un compromiso en la prevención de riesgos y consolida las buenas prácticas en el manejo de la radiación ionizante. Además

de resguardar la salud de pacientes y trabajadores, la aplicación rigurosa de las medidas de protección permite optimizar los recursos, ganar eficiencia en las pruebas diagnósticas y cumplir de forma estricta con el marco legal.

Por estas razones, la radioprotección se consolida como una competencia indispensable para el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y Medicina Nuclear. Constituye el pilar esencial para ofrecer una atención sanitaria segura, eficiente y comprometida con el cuidado integral de las personas, influyendo su actuación de manera directa

El trabajo directo del técnico resulta determinante en la dosis que recibe el paciente durante un examen. Ajustar con precisión los parámetros del equipo, colocar correctamente a la persona, colimar el haz de luz, aprovechar el control automático de exposición y evitar a toda costa repetir pruebas son decisiones cotidianas que permiten lograr una imagen clara sin someter al paciente a radiación prescindible.

Esta práctica se alinea con la optimización radiológica, guiada por el criterio ALARA , que busca reducir la exposición al mínimo técnicamente viable.

La prudencia debe extremarse con los pacientes más vulnerables. En el caso de los niños, su acelerado desarrollo celular y su mayor expectativa de vida los vuelven especialmente sensibles a los efectos a largo plazo de la radiación, lo que exige adaptar cada protocolo a su edad y complexión.

En cuanto al personal sanitario, su resguardo se apoya en el uso constante de dosímetros y prendas plomadas, como chalecos, protectores de tiroides, gafas o biombos, sumado al cumplimiento estricto de los tres pilares físicos básicos de la seguridad: distanciar la posición respecto al foco de radiación, interponer blindajes eficaces y acortar al máximo los tiempos de exposición.

Discusión

Los hallazgos de este estudio están en consonancia con la literatura científica internacional, la cual sostiene que la digitalización del radiodiagnóstico ha impulsado tecnologías de vanguardia orientada al control y reducción de las dosis de radiación. Las herramientas modernas como la modulación automática de corriente, los algoritmos de reconstrucción iterativa en tomografía, los detectores digitales de gran sensibilidad y las aplicaciones dedicadas a monitorizar el historial dosimétrico del paciente, hacen posible obtener diagnósticos nítidos reduciendo drásticamente la exposición del usuario.

A su vez, la consolidación de una sólida cultura de seguridad resulta clave para asegurar la calidad en la atención sanitaria. Los centros médicos refuerzan este compromiso mediante programas de garantía que contemplan revisiones periódicas del equipamiento, auditorías de control, protocolos estandarizados, capacitación constante del personal y la evaluación transparente de posibles

incidentes. Todas estas acciones conjuntas aseguran un entorno asistencial protegido, eficaz y plenamente volcado en el bienestar del paciente.

Conclusiones

Es imprescindible la toma de medidas para la radioprotección a los pacientes por parte del profesional, por ello, resulta importante para estar a la vanguardia de sus competencias, la formación continuada en este campo, así como en la evolución tecnológica de pruebas y procedimientos.

La tecnología diagnóstica cambia rápido y las herramientas digitales avanzan año a año. Mantenerse actualizado no es solo cumplir con el Real Decreto o la norma; es un compromiso personal para no quedarse obsoleto y ofrecer siempre la atención más segura posible.

Bibliografías

Consejo de Seguridad Nuclear. (2021). *Guía de Seguridad 9.2: Protección radiológica en instalaciones médicas de radiodiagnóstico*. CSN.

European Commission. (2018). *Radiation Protection No. 185: European Guidelines on Medical Physics Expert*. Publication Office of the European Union.

International Commission on Radiological Protection. (2020). *Diagnostic Reference Levels in Medical Imaging* (ICRP Publication 135). Annals of the ICRP, 46(1).

Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes y Memoria Democrática. (2022). *Real Decreto 1029/2022, de 20 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento sobre protección de la salud contra los riesgos derivados de la exposición a las radiaciones ionizantes*. Boletín Oficial del Estado, 305, 178342-178421.

Organismo Internacional de Energía Atómica. (2021). *Protección radiológica y seguridad de las fuentes de radiación:*

Normas básicas internacionales de seguridad (Colección de Normas de Seguridad del OIEA N.º GSR Part 3). OIEA.

Bushberg, J. T., Seibert, J. A., Leidholdt, E. M., & Boone, J. M. (2020). *The Essential Physics of Medical Imaging* (4th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

PREVENIR PARA PROTEGER: ESTRATEGIAS FRENTE AL ACOSO LABORAL

Introducción

El acoso laboral constituye un problema relevante dentro de los entornos profesionales y puede afectar negativamente a la salud física y psicológica de las personas trabajadoras. Se caracteriza por conductas hostiles, intimidatorias, humillantes o descalificadoras que pueden producirse de manera reiterada y prolongada en el tiempo. Sus consecuencias pueden incluir estrés, ansiedad, alteraciones del sueño, disminución de la autoestima, aislamiento social y deterioro del rendimiento laboral.

Este problema puede presentarse en cualquier sector y afectar tanto a personal sanitario como no sanitario, independientemente de su categoría profesional o responsabilidad dentro de la organización. Por ello, resulta fundamental promover entornos laborales seguros, basados en el respeto, la igualdad y la comunicación. La prevención, la detección precoz y una actuación adecuada son herramientas esenciales para evitar la normalización de estas conductas y proteger a las personas afectadas.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo sobre el acoso laboral, centrada en su prevención, identificación y abordaje dentro del entorno profesional. Se consultaron publicaciones científicas, documentos institucionales, guías de prevención de riesgos laborales y normativa relacionada con la protección de las personas trabajadoras.

La información obtenida se organizó en tres áreas principales: factores de riesgo e indicadores de acoso, estrategias preventivas y medidas de actuación ante posibles situaciones de acoso. Se prestó especial atención a las recomendaciones aplicables tanto al personal sanitario como al no sanitario, así como a la importancia de establecer procedimientos claros de comunicación y actuación.

Resultados

La revisión evidencia que la prevención constituye una de las principales herramientas para reducir la aparición y evolución de situaciones de acoso laboral. Entre los factores que pueden favorecer su aparición se encuentran los conflictos interpersonales no resueltos, estilos de liderazgo inadecuados, deficiencias organizativas, sobrecarga laboral y ausencia de canales eficaces para comunicar situaciones de riesgo.

La identificación precoz de determinadas conductas, como humillaciones, amenazas, aislamiento, difusión de rumores, descalificaciones reiteradas o asignación injustificada de tareas, permite intervenir antes de que la situación se agrave. La formación de los trabajadores y responsables resulta fundamental para reconocer estas señales y evitar que determinadas conductas sean consideradas normales dentro de la actividad laboral.

Asimismo, disponer de protocolos internos, canales confidenciales de comunicación y mecanismos de apoyo facilita una respuesta adecuada. La intervención debe garantizar la confidencialidad, el respeto y la protección de las personas implicadas, evitando situaciones de culpabilización o revictimización.

Conclusiones

El acoso laboral requiere una respuesta preventiva, coordinada y multidisciplinar. La creación de espacios de trabajo seguros debe ser una responsabilidad compartida por profesionales, responsables y organizaciones.

La formación, sensibilización y detección precoz permiten identificar conductas de riesgo y favorecer una intervención temprana. La existencia de protocolos claros y accesibles facilita la comunicación de posibles situaciones de acoso y mejora la protección de las personas afectadas.

Promover una cultura organizacional basada en el respeto, la igualdad y la tolerancia cero frente a cualquier conducta de acoso resulta fundamental para garantizar el bienestar y la seguridad de todos los trabajadores.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. **Entornos de trabajo seguros y saludables**. OIT.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. **Prevención de riesgos psicosociales en el trabajo**. INSST.

3. Ministerio de Trabajo y Economía Social. **Prevención de riesgos laborales**. Gobierno de España.

4. Organización Mundial de la Salud. **Salud mental en el trabajo**. OMS.

5. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*.

VIOLENCIA DE GÉNERO: DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN DESDE TODOS LOS ÁMBITOS

Introducción

La violencia de género constituye un importante problema social y de salud pública que afecta a mujeres de todas las edades, culturas y condiciones socioeconómicas. Se manifiesta de diferentes formas, entre ellas la violencia física, psicológica, sexual y económica, y puede producir consecuencias graves sobre la salud física y mental de las víctimas. La detección precoz y la intervención adecuada son fundamentales para reducir sus consecuencias y favorecer la recuperación y seguridad de las mujeres afectadas.

Aunque el ámbito sanitario desempeña un papel esencial en la identificación de situaciones de violencia, la responsabilidad de prevenirla y detectarla debe implicar al conjunto de la sociedad. Profesionales de la educación, servicios sociales, fuerzas y cuerpos de seguridad, administración, asociaciones y ciudadanía pueden contribuir a reconocer señales de alarma, facilitar el acceso a recursos y evitar situaciones de revictimización. Por ello, resulta necesario promover una actuación coordinada desde todos los ámbitos.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo sobre la violencia de género, centrada en su prevención, detección precoz y actuación profesional. Se consultaron documentos institucionales, guías de actuación, legislación y publicaciones científicas relacionadas con la atención integral a las víctimas.

La información se organizó en tres áreas principales: identificación de indicadores de violencia, estrategias de prevención e intervención y coordinación entre los diferentes recursos profesionales. Se consideraron especialmente las recomendaciones dirigidas a profesionales sanitarios y no sanitarios, así como la importancia de garantizar una atención basada en la confidencialidad, el respeto y la perspectiva de género.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que la detección precoz constituye uno de los principales elementos para mejorar la atención a las víctimas. En el ámbito sanitario pueden observarse lesiones recurrentes, ansiedad, depresión, alteraciones del sueño, somatizaciones o consultas frecuentes sin una causa médica evidente. En otros ámbitos pueden detectarse cambios de comportamiento, aislamiento social, miedo, absentismo laboral o escolar, control por parte de la pareja o dificultades económicas.

Asimismo, se observa que la formación de los profesionales mejora la capacidad para identificar estas situaciones y responder adecuadamente. La escucha activa, la comunicación empática y la ausencia de juicios son herramientas fundamentales. También resulta imprescindible conocer los recursos disponibles y establecer mecanismos de coordinación entre los diferentes servicios.

La prevención debe desarrollarse desde edades tempranas mediante la educación en igualdad, el respeto, la resolución no violenta de conflictos y la identificación de relaciones basadas en el control o la desigualdad.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta integral y coordinada. La detección no debe limitarse al ámbito sanitario, sino que debe implicar a todos los profesionales que mantienen contacto con mujeres potencialmente afectadas. La formación específica, la sensibilización y la coordinación interprofesional son elementos esenciales para mejorar la prevención y la atención.

Es necesario garantizar intervenciones centradas en la seguridad, autonomía y derechos de las víctimas, evitando cualquier actitud que pueda generar culpabilización o revictimización. Una sociedad formada, sensibilizada y comprometida constituye una herramienta fundamental para prevenir y combatir la violencia de género.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. **Violencia contra las mujeres**. OMS.

2. Ministerio de Igualdad. **Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género**. Gobierno de España.

3. Ministerio de Sanidad. **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género**. Gobierno de España.

4. Naciones Unidas. **Violencia contra las mujeres**. ONU Mujeres.

5. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*.

Turnicidad en el entorno sanitario: adaptación, descanso y bienestar del personal sanitario y no sanitario

Introducción

La organización del trabajo mediante turnos es una realidad frecuente en el ámbito sanitario y resulta necesaria para garantizar la continuidad de determinados servicios durante las 24 horas. Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede estar expuesto a horarios variables, jornadas prolongadas, turnos nocturnos o cambios frecuentes de horario. Esta situación puede alterar los ritmos biológicos y dificultar la recuperación física y mental.

La turnicidad puede favorecer la aparición de fatiga, problemas de sueño, disminución de la concentración, irritabilidad y dificultades para conciliar la vida laboral y personal. Por ello, una adecuada planificación de los turnos y la adopción de hábitos saludables son elementos importantes para proteger la salud de los trabajadores y mantener la calidad de la atención.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de información relacionada con la turnicidad, la fatiga laboral, el trabajo nocturno y las medidas de prevención aplicables al personal sanitario y no sanitario. Se consultaron recomendaciones de organismos especializados en salud laboral y prevención de riesgos, considerando especialmente las medidas dirigidas a mejorar el descanso, reducir la fatiga y favorecer una adecuada adaptación a los horarios variables.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que uno de los principales efectos de la turnicidad es la alteración del sueño. Los turnos nocturnos pueden dificultar el descanso debido a que obligan a dormir durante el día, cuando las condiciones ambientales pueden ser menos favorables y el organismo está fisiológicamente preparado para permanecer activo.

La fatiga acumulada puede afectar a la atención, la memoria, la capacidad de reacción y la toma de decisiones. En el personal sanitario, estas consecuencias pueden repercutir en la realización de procedimientos y en la seguridad del paciente. En el personal no sanitario, pueden influir en tareas administrativas, atención al usuario, gestión documental, comunicación y organización del trabajo.

Para reducir estos efectos es recomendable favorecer una planificación de turnos estable y previsible, evitar cambios innecesarios de horario y respetar los periodos de descanso. También resulta importante facilitar, cuando sea posible, una adaptación progresiva a los turnos nocturnos y garantizar pausas adecuadas durante la jornada.

A nivel individual, mantener horarios de sueño regulares dentro de las posibilidades del turno, crear un ambiente oscuro y silencioso para dormir durante el día, realizar una alimentación equilibrada y practicar actividad física moderada pueden contribuir al bienestar. El consumo excesivo de cafeína y otros estimulantes debe evitarse especialmente antes de los periodos destinados al descanso.

La comunicación entre trabajadores y responsables también es fundamental. Detectar de forma precoz signos de fatiga excesiva, dificultades persistentes de sueño o problemas de adaptación permite adoptar medidas preventivas antes de que afecten a la salud o al rendimiento profesional.

Conclusiones

La turnicidad constituye un factor de riesgo laboral que debe abordarse desde una perspectiva preventiva. Una adecuada organización de los horarios, el respeto de los descansos y la promoción de hábitos saludables pueden reducir sus efectos negativos.

La prevención debe implicar tanto a la organización como a los propios trabajadores. Proteger el descanso y favorecer unas condiciones laborales adecuadas contribuye al bienestar del personal sanitario y no sanitario, mejora el funcionamiento de los equipos y favorece una atención más segura y de mayor calidad.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre trabajo a turnos, trabajo nocturno y organización del tiempo de trabajo.

2. Organización Internacional del Trabajo (OIT). Recomendaciones sobre tiempo de trabajo, descanso y protección de la salud de los trabajadores.

3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Información sobre riesgos psicosociales, fatiga y organización del trabajo.

4. Ministerio de Sanidad. Información y recomendaciones relacionadas con hábitos saludables, descanso y promoción de la salud.

ROMPER EL SILENCIO: PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN FRENTE AL ACOSO SEXUAL

Introducción

El acoso sexual en el entorno laboral constituye una forma de violencia y discriminación que puede afectar gravemente al bienesta VIOLENCIA DE GÉNERO: DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN DESDE TODOS LOS

ÁMBITOSr, la dignidad y la salud de las personas trabajadoras. Comprende cualquier comportamiento de carácter sexual, verbal, no verbal o físico, no deseado por la persona que lo recibe, que genere un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo. Puede producirse entre compañeros, superiores jerárquicos, subordinados o incluso por parte de personas externas a la organización.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario pueden verse expuestos a este tipo de situaciones. Por ello, resulta fundamental promover espacios de trabajo seguros, basados en el respeto, la igualdad y la tolerancia cero ante cualquier conducta de naturaleza sexual no consentida. La prevención, la identificación precoz y una actuación adecuada son elementos esenciales para evitar la normalización del acoso y proteger a las personas afectadas.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo sobre el acoso sexual en el ámbito laboral, centrada en su prevención, detección y actuación. Se consultaron publicaciones científicas, documentos institucionales, legislación

vigente, guías de prevención de riesgos laborales y protocolos relacionados con la prevención y abordaje del acoso sexual.

La información recopilada se organizó en tres áreas principales: factores de riesgo y manifestaciones del acoso sexual, estrategias de prevención y medidas de actuación ante posibles situaciones de acoso. Se consideraron especialmente las recomendaciones aplicables a profesionales sanitarios y no sanitarios y la importancia de establecer mecanismos confidenciales y seguros para comunicar estas situaciones.

Resultados

La revisión muestra que el acoso sexual puede manifestarse mediante comentarios,

insinuaciones, bromas de contenido sexual, mensajes no deseados, gestos inapropiados, contacto físico no consentido o conductas que condicionen aspectos laborales a la aceptación de comportamientos sexuales.

La prevención requiere desarrollar una cultura organizacional basada en la igualdad y el respeto. La formación y sensibilización de los trabajadores facilita el reconocimiento de conductas inapropiadas y ayuda a evitar su normalización. Asimismo, resulta fundamental que las organizaciones dispongan de protocolos específicos, canales confidenciales de comunicación y procedimientos claros para investigar y actuar ante posibles casos.

La intervención debe centrarse en garantizar la seguridad y protección de la persona afectada, respetando su intimidad y evitando actitudes de culpabilización. La respuesta coordinada entre responsables, servicios de prevención y otros recursos disponibles permite ofrecer un abordaje adecuado y reducir las consecuencias personales y profesionales.

Conclusiones

El acoso sexual laboral constituye un problema que requiere una respuesta preventiva y coordinada. Su prevención no debe recaer exclusivamente en los responsables de las organizaciones, sino que debe implicar a todo el personal sanitario y no sanitario.

La formación, sensibilización y existencia de protocolos claros son herramientas fundamentales para identificar y abordar estas situaciones. Crear canales de comunicación accesibles y confidenciales facilita que las personas afectadas puedan solicitar ayuda sin temor a represalias.

Promover entornos laborales basados en la igualdad, el respeto y la tolerancia cero frente al acoso sexual contribuye a proteger la dignidad y el bienestar de los trabajadores y favorece una cultura organizacional más segura y saludable.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. **Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)**. OIT.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. **Prevención de riesgos psicosociales en el trabajo**. INSST.

3. Ministerio de Igualdad. **Acoso sexual y acoso por razón de sexo en el ámbito laboral**.

Gobierno de España.

4. Organización Mundial de la Salud. **Salud mental en el trabajo**. OMS.

5. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*.

Ergonomía y hábitos posturales: prevención de trastornos musculoesqueléticos en personal sanitario y no sanitario

Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos constituyen uno de los problemas de salud laboral más frecuentes y pueden afectar a trabajadores de diferentes categorías profesionales. En el entorno sanitario, tanto el personal sanitario como el no sanitario puede realizar actividades que implican permanecer de pie o sentado durante periodos prolongados, adoptar posturas mantenidas, efectuar movimientos repetitivos o manipular objetos y equipos.

Las molestias en espalda, cuello, hombros, muñecas y extremidades pueden aparecer progresivamente y afectar al bienestar y al rendimiento profesional. Por ello, adoptar hábitos posturales adecuados y conocer los principios básicos de ergonomía resulta fundamental para prevenir lesiones y favorecer una actividad laboral más saludable.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de recomendaciones relacionadas con la ergonomía, las posturas de trabajo y la prevención de trastornos musculoesqueléticos. Se tuvieron en cuenta orientaciones de organismos especializados en prevención de riesgos laborales y salud en el trabajo.

El análisis se centró en los principales factores ergonómicos presentes en las actividades desarrolladas por personal sanitario y no sanitario, considerando especialmente las posturas mantenidas, los movimientos repetitivos, la manipulación de cargas y el trabajo con pantallas.

Resultados

Uno de los principales factores de riesgo es mantener una misma postura durante demasiado tiemp. Permanecer sentado o de pie durante periodos prolongados puede generar tensión muscular y favorecer la aparición de molestias. Por ello, siempre que la actividad lo permita, es recomendable alternar posturas y realizar pequeños cambios de movimiento durante la jornada.

En los trabajos realizados con ordenador, la posición del puesto debe facilitar una postura cómoda y natural. La pantalla debe colocarse de manera que no sea necesario mantener el cuello inclinado durante largos periodos. La silla debe permitir un apoyo adecuado y los brazos deben permanecer en una posición relajada. También es conveniente disponer de suficiente espacio para mover las piernas.

Los movimientos repetitivos pueden provocar sobrecarga, especialmente cuando se realizan durante periodos prolongados. Alternar tareas y establecer pausas o cambios de actividad puede disminuir la fatiga muscular.

La manipulación de objetos requiere igualmente precaución. Antes de levantar o trasladar una carga, debe valorarse su peso y utilizar los medios auxiliares disponibles. Es recomendable mantener la carga próxima al cuerpo, evitar movimientos bruscos y pedir ayuda cuando sea necesario.

En determinadas actividades asistenciales, el personal sanitario puede realizar esfuerzos relacionados con la movilización de pacientes. En estos casos deben seguirse los procedimientos establecidos y utilizar ayudas técnicas para reducir el esfuerzo físico.

El personal no sanitario también puede estar expuesto a riesgos ergonómicos en tareas administrativas, archivo, limpieza, mantenimiento, recepción o almacenamiento. La adaptación del puesto y la organización de las tareas deben ajustarse a las características de cada actividad.

La formación es otro elemento preventivo esencial. Conocer los riesgos permite identificar posturas inadecuadas, corregir hábitos y utilizar correctamente los equipos disponibles.

Conclusiones

La ergonomía y los buenos hábitos posturales son fundamentales para prevenir molestias y trastornos musculoesqueléticos en el entorno laboral. Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede estar expuesto a diferentes riesgos ergonómicos dependiendo de las tareas que desempeñe.

Alternar posturas, organizar adecuadamente el puesto, evitar esfuerzos innecesarios, utilizar ayudas técnicas y realizar cambios de actividad son medidas sencillas que pueden reducir la sobrecarga física.

La prevención debe combinar la responsabilidad individual con unas condiciones de trabajo adecuadas. La formación y la evaluación de los puestos permiten identificar riesgos y establecer medidas correctoras. De esta manera, se favorece un entorno laboral más seguro, saludable y adaptado a las necesidades de todos los profesionales.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). **Ergonomía y prevención de trastornos musculoesqueléticos**. Gobierno de España.

2. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). **Trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo**.

3. Organización Internacional del Trabajo (OIT). **Seguridad y salud en el trabajo**.

4. Ministerio de Trabajo y Economía Social. **Prevención de riesgos ergonómicos en el puesto de trabajo**. Gobierno de España.

Calidad y seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias: estrategias para la mejora de la atención

RESUMEN

La calidad asistencial y la seguridad del paciente constituyen elementos fundamentales de los sistemas sanitarios actuales. La prestación de una atención segura y de calidad requiere superar los enfoques centrados exclusivamente en actuaciones individuales y avanzar hacia modelos organizativos basados en la prevención de riesgos, la mejora continua, la comunicación efectiva y la participación de todos los profesionales. El presente capítulo tiene como objetivo analizar las principales estrategias transversales relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente aplicables a los diferentes ámbitos de la atención sanitaria. Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de documentos institucionales y literatura científica relacionada con calidad asistencial, seguridad del paciente, gestión de riesgos, comunicación, cultura de seguridad y mejora continua. Los resultados ponen de manifiesto que la seguridad constituye una responsabilidad compartida que requiere la implicación de todos los niveles de las organizaciones sanitarias. La identificación de riesgos, la comunicación estructurada, la notificación y análisis de incidentes, la formación continuada, el trabajo coordinado y la evaluación sistemática de resultados representan herramientas esenciales para mejorar la atención. Se concluye que la consolidación de una cultura de seguridad y calidad debe integrarse de forma transversal en la actividad cotidiana de las organizaciones sanitarias, favoreciendo entornos de trabajo seguros tanto para pacientes como para profesionales.

Palabras clave: calidad asistencial; seguridad del paciente; gestión de riesgos; mejora continua; cultura de seguridad; atención sanitaria.

INTRODUCCIÓN

La calidad de la atención sanitaria constituye uno de los pilares fundamentales para garantizar sistemas de salud eficaces, seguros y centrados en las

necesidades de las personas. La Organización Mundial de la Salud define la calidad de los servicios sanitarios a partir de dimensiones como la efectividad, la seguridad y la atención centrada en las personas, incorporando además aspectos como la oportunidad, la equidad, la integración y la eficiencia. [1]

La seguridad del paciente representa una dimensión esencial de esta calidad. A pesar de los avances experimentados por los sistemas sanitarios, continúan produciéndose incidentes y eventos adversos que pueden estar relacionados con factores individuales, organizativos, tecnológicos, comunicativos o derivados de la propia complejidad de la atención. La OMS considera que la seguridad del paciente debe abordarse desde una perspectiva sistémica, orientada a reducir los daños evitables y a establecer estructuras que permitan identificar y controlar los riesgos. [2]

En este contexto, resulta necesario superar la concepción de la seguridad como una responsabilidad exclusiva de determinados profesionales. La atención sanitaria es un proceso complejo en el que intervienen múltiples personas, unidades y niveles organizativos. Por ello, la calidad y la seguridad deben entenderse como elementos transversales que afectan a la totalidad de la organización.

La prevención de errores, la adecuada comunicación de información, la identificación de situaciones de riesgo, la correcta utilización de los recursos, la coordinación entre profesionales y la evaluación de los procesos son aspectos que pueden contribuir a disminuir la aparición de incidentes y mejorar los resultados de la atención.

El objetivo de este capítulo es analizar las principales estrategias transversales relacionadas con la calidad y la seguridad del paciente y destacar la importancia de su integración en la práctica cotidiana de las organizaciones sanitarias.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre calidad asistencial y seguridad del paciente. La búsqueda se orientó a documentos científicos e institucionales relacionados con los siguientes conceptos: calidad de los servicios sanitarios, seguridad del paciente, gestión de riesgos, cultura de seguridad, comunicación asistencial, prevención de incidentes y mejora continua.

Se consultaron documentos de organismos sanitarios de referencia, especialmente publicaciones y estrategias de la Organización Mundial de la Salud, complementándose con literatura científica relacionada con la seguridad y la calidad de la atención sanitaria.

Se incluyeron documentos publicados en español o inglés que abordaran aspectos aplicables de manera transversal a la atención sanitaria. Se excluyeron

aquellos documentos centrados exclusivamente en procedimientos técnicos correspondientes a una categoría profesional concreta.

La información obtenida se organizó en cinco áreas principales: cultura de seguridad, gestión de riesgos, comunicación y coordinación, formación profesional y evaluación de la calidad.

RESULTADOS

1. La cultura de seguridad como elemento organizativo

La cultura de seguridad constituye uno de los principales componentes de una organización sanitaria orientada a la calidad. No se limita a la existencia de protocolos, sino que implica que los profesionales y las organizaciones incorporen la seguridad como un valor presente en la toma de decisiones y en la actividad cotidiana.

Una cultura de seguridad adecuada debe favorecer la identificación de riesgos y la comunicación de incidentes sin convertir automáticamente el error en una cuestión exclusivamente individual. La OMS plantea la necesidad de desarrollar sistemas que permitan aprender de los incidentes y actuar sobre las condiciones que los favorecen. [2]

Desde esta perspectiva, resulta fundamental crear entornos en los que los profesionales puedan comunicar situaciones de riesgo, errores o incidentes de manera responsable. La información obtenida mediante estos sistemas puede utilizarse para detectar problemas recurrentes y establecer medidas preventivas.

2. Identificación y gestión de riesgos

La gestión de riesgos constituye otra herramienta transversal para la mejora de la seguridad. Los riesgos pueden estar relacionados con los procesos asistenciales, la organización, la comunicación, el entorno físico, los recursos tecnológicos o la coordinación entre diferentes áreas.

La identificación anticipada de estos riesgos permite establecer medidas preventivas antes de que se produzca un daño. Para ello pueden utilizarse herramientas como mapas de riesgos, análisis de incidentes, listas de comprobación, auditorías internas o sistemas de notificación.

La utilización de estas herramientas debe integrarse en un proceso continuo. La identificación de un riesgo carece de utilidad si no va acompañada de un análisis de sus causas y de la implantación y posterior evaluación de medidas correctoras.

3. Comunicación y coordinación

La comunicación constituye un factor transversal determinante para la seguridad. La atención sanitaria implica la transmisión continua de información entre

profesionales, unidades y niveles asistenciales. Una comunicación incompleta, ambigua o incorrecta puede favorecer la aparición de errores.

Por ello, deben establecerse mecanismos que faciliten una comunicación estructurada, especialmente durante los cambios de turno, las transiciones asistenciales y las derivaciones.

La coordinación también resulta esencial. Una atención fragmentada puede generar duplicidades, pérdida de información y retrasos en la atención. La integración de los diferentes profesionales y servicios permite mejorar la continuidad asistencial y favorecer una atención más segura.

4. Formación y actualización profesional

La formación continuada constituye una herramienta esencial para mantener y mejorar la calidad de la atención. Los conocimientos, procedimientos y tecnologías sanitarias evolucionan de forma constante, por lo que las organizaciones deben facilitar oportunidades de actualización.

La formación no debe limitarse a conocimientos técnicos. También debe incorporar competencias relacionadas con comunicación, trabajo en equipo, seguridad, gestión de riesgos, uso adecuado de tecnologías y actuación ante situaciones complejas.

La formación compartida entre diferentes perfiles profesionales puede favorecer además una visión global de los procesos asistenciales y mejorar la coordinación.

5. Evaluación y mejora continua

La calidad sanitaria requiere una evaluación sistemática. Para conocer si las medidas implantadas producen resultados adecuados es necesario establecer indicadores y realizar un seguimiento periódico.

Los indicadores pueden analizar aspectos relacionados con seguridad, tiempos de atención, continuidad asistencial, experiencia de las personas atendidas, cumplimiento de procedimientos o resultados obtenidos.

La evaluación permite identificar áreas susceptibles de mejora y establecer nuevos objetivos. De esta manera, la calidad no se entiende como un resultado estático, sino como un proceso continuo.

DISCUSIÓN

La evidencia disponible muestra que la calidad y la seguridad del paciente deben abordarse desde una perspectiva integral. La propia OMS señala que los servicios sanitarios de calidad deben ser efectivos, seguros y centrados en las personas, además de oportunos y equitativos. [1]

Uno de los principales retos consiste en evitar que la seguridad sea considerada exclusivamente como una responsabilidad individual. Los incidentes sanitarios suelen estar relacionados con múltiples factores y, por tanto, su prevención requiere analizar los procesos en los que se producen.

El Plan de Acción Mundial para la Seguridad del Paciente 2021-2030 plantea precisamente la necesidad de establecer sistemas capaces de reducir el daño evitable y promover una atención segura y respetuosa. [2] Este planteamiento refuerza la importancia de desarrollar políticas organizativas que impliquen a todos los niveles de las instituciones sanitarias.

La comunicación representa otro elemento clave. En organizaciones complejas, la información debe circular de forma clara y estructurada. La existencia de canales de comunicación adecuados puede facilitar la detección precoz de problemas y mejorar la coordinación.

Asimismo, la formación debe entenderse como un proceso permanente. La actualización profesional y el entrenamiento en competencias transversales pueden favorecer una respuesta más segura ante situaciones complejas.

Finalmente, resulta necesario que las organizaciones evalúen los resultados de las intervenciones realizadas. La utilización de indicadores permite transformar la información obtenida en acciones de mejora y comprobar posteriormente su efectividad.

CONCLUSIONES

La calidad y la seguridad del paciente constituyen elementos transversales que deben integrarse en todos los niveles de las organizaciones sanitarias.

La construcción de una cultura de seguridad favorece la identificación de riesgos, el aprendizaje a partir de los incidentes y la implantación de medidas preventivas.

La comunicación efectiva, la coordinación entre profesionales, la formación continuada y la evaluación sistemática representan estrategias esenciales para mejorar la seguridad y la calidad de la atención.

El abordaje de los riesgos desde una perspectiva organizativa permite superar modelos centrados exclusivamente en la responsabilidad individual y favorece la identificación de factores modificables.

En consecuencia, las organizaciones sanitarias deben promover modelos de mejora continua en los que la seguridad sea entendida como una responsabilidad compartida por todos los profesionales y estructuras implicadas en la atención.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Quality of care [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 15 septiembre 2026].

2. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021.

3. World Health Organization. Quality health services [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 15 septiembre 2026].

4. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2027. Geneva: WHO; 2025.

5. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2021.

MANEJO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA DUAL: ROL DE LA TCAE

Resumen

La patología dual describe la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno mental. Esta combinación suele complicar la atención porque reúne necesidades clínicas, conductuales y sociales que no siempre se resuelven bien cuando los dispositivos trabajan por separado. El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia disponible sobre la atención integrada y concretar qué puede aportar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) durante el cuidado cotidiano. Se realizó una revisión narrativa de literatura científica, documentos profesionales y normativa española. Los trabajos revisados señalan problemas frecuentes de estigma, falta de formación específica y fragmentación asistencial. En ese marco, el TCAE participa en los cuidados básicos, observa cambios en el estado general y en la conducta, mantiene un entorno seguro y comunica las incidencias al personal responsable. Su intervención se desarrolla dentro del plan de cuidados y no incluye diagnóstico, prescripción ni decisiones terapéuticas autónomas.

Palabras clave: patología dual; TCAE; salud mental; trastorno por consumo de sustancias; cuidados auxiliares

Introducción

La expresión patología dual se emplea para describir la presencia simultánea, en una misma persona, de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. No se trata de una asociación excepcional. Su relevancia clínica deriva de que ambos problemas pueden influirse entre sí y dificultar el seguimiento, la adherencia y el funcionamiento psicosocial. La literatura también describe una mayor utilización de recursos sanitarios y una evolución más compleja en parte de estos pacientes [1,2]. Cuando la atención a las adicciones y la atención en salud mental se organizan en circuitos separados, la persona puede recibir mensajes distintos, repetir valoraciones o perder continuidad entre dispositivos [2].

El trabajo del TCAE se sitúa en una zona distinta de la valoración diagnóstica. El Real Decreto 546/1995 lo integra en el equipo de enfermería para la prestación de cuidados auxiliares, bajo la dependencia o supervisión correspondiente [3]. La cualificación profesional de cuidados auxiliares sanitarios incluye la atención

en centros de salud mental y toxicomanías, la observación del paciente, el apoyo emocional y la comunicación de cambios al superior responsable [4]. Esta delimitación resulta especialmente útil en patología dual: el contacto frecuente con el paciente permite detectar variaciones que pueden pasar inadvertidas en una entrevista puntual, pero esas observaciones deben transmitirse sin convertirlas en diagnósticos ni en decisiones terapéuticas.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa centrada en la atención de personas con trastornos mentales y consumo de sustancias concurrentes. Se consultaron PubMed/PMC y documentos profesionales mediante combinaciones de los términos “dual diagnosis”, “cooccurring mental health and substance use disorders”, “integrated nursing care”, “stigma”, “nursing education” y “patología dual”. Se priorizaron revisiones, estudios de intervención y publicaciones aparecidas entre 2016 y 2026. También se incluyeron trabajos anteriores cuando aportaban una definición todavía utilizada y la normativa española necesaria para delimitar las funciones del TCAE. La revisión se orientó a cuestiones trasladables al cuidado auxiliar. No se planteó como revisión sistemática ni como guía de tratamiento.

Resultados

La evidencia revisada favorece una atención coordinada entre salud mental y adicciones. Hove et al. analizaron 26 publicaciones sobre cuidados de enfermería integrados e identificaron tres áreas que condicionan su calidad: las actitudes y características de los profesionales, la formación específica y la organización de los servicios [5]. El estigma y una preparación insuficiente aparecen entre las barreras señaladas. Esto tiene una traducción práctica sencilla: el modo de dirigirse al paciente, la coherencia entre profesionales y la rapidez con la que se comunica un cambio forman parte de la calidad asistencial, aunque por sí solos no constituyan un tratamiento del trastorno.

Chetty et al. revisaron 11 ensayos controlados que comparaban intervenciones integradas y no integradas. Encontraron ventajas en algunos resultados psiquiátricos, pero no una superioridad uniforme en consumo de sustancias o permanencia en tratamiento [6]. Por tanto, la evidencia disponible no permite presentar un único modelo como solución universal. Sí apoya que ambos problemas se atiendan de manera coherente y que el equipo comparta información relevante. En esa misma línea, Jenkins et al. observaron que una intervención educativa dirigida a enfermeras y estudiantes mejoraba conocimientos y actitudes hacia los trastornos concurrentes [7]. La formación no sustituye a la experiencia clínica, pero reduce respuestas basadas en prejuicios o en interpretaciones poco precisas.

En el trabajo diario, el TCAE puede colaborar en higiene, alimentación, descanso, movilización y confort, además de observar cambios en conducta, nivel de conciencia, sueño, ingesta o autocuidado [3,4]. También puede advertir modificaciones en la relación con el entorno, rechazo de cuidados, aislamiento o agitación. La utilidad de esas observaciones depende de que se comuniquen con hechos concretos: qué ha cambiado, cuándo, con qué intensidad y en qué contexto. Si aparecen signos compatibles con intoxicación, abstinencia, agitación grave o riesgo autolesivo, la actuación auxiliar consiste en pedir ayuda, reducir riesgos inmediatos en el entorno y colaborar con las medidas que indique el equipo. La normativa contempla además el apoyo emocional, el refuerzo de conductas adecuadas y la colaboración en actividades de socialización dentro del plan establecido [4].

Discusión

La proximidad del TCAE al paciente puede aportar información clínica indirecta de interés. Durante el aseo, las comidas o los periodos de descanso es posible observar conductas que no aparecen en una consulta breve. Un paciente que deja de comer, duerme muy poco, abandona el autocuidado o se muestra súbitamente más retraído no ofrece por ello un diagnóstico, pero sí un cambio que merece ser comunicado. La diferencia entre observar e interpretar es importante. Expresiones como “ha rechazado las dos últimas comidas y permanece aislado desde esta mañana” son más útiles que etiquetas como “está deprimido” o “está en abstinencia” cuando esas conclusiones no corresponden al ámbito competencial del TCAE.

El trato también forma parte del cuidado. Las personas con patología dual pueden haber tenido experiencias previas de rechazo o estigmatización. Hove et al. relacionan las actitudes profesionales y el estigma con la calidad de la atención [5]. Para el TCAE esto implica usar un lenguaje neutral, escuchar sin confrontaciones innecesarias y mantener las mismas normas de respeto que con cualquier otro paciente. La conducta problemática debe describirse sin identificar a la persona con ella. Esta forma de comunicación facilita además que el resto del equipo reciba información menos sesgada.

No puede atribuirse al TCAE un efecto independiente sobre las recaídas, el consumo o la evolución psiquiátrica. La revisión de Chetty et al. muestra que incluso las intervenciones integradas ofrecen resultados variables [6]. El valor del cuidado auxiliar está en otra parte: continuidad, observación, seguridad y comunicación. La revisión española de Neyra et al., centrada en esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias, insiste en evitar circuitos fragmentados y en abordar de manera conjunta las necesidades clínicas, físicas y sociales [2]. En un entorno de este tipo, el TCAE necesita conocer el plan de cuidados, las pautas de observación y el procedimiento para escalar incidencias. También debe respetar la confidencialidad y evitar consejos sobre retirada de sustancias,

cambios de medicación o decisiones que requieran valoración profesional específica.

Conclusiones

La atención a la patología dual requiere coordinación entre profesionales y continuidad entre dispositivos. El TCAE participa desde un ámbito concreto: cuidados básicos, observación, apoyo emocional, seguridad del entorno y comunicación de cambios. Estas tareas son relevantes precisamente porque se repiten a lo largo del día y permiten conocer cómo evoluciona el paciente fuera de los momentos formales de valoración. Para que esa aportación sea segura, las observaciones deben ser descriptivas, la comunicación rápida y el trabajo ajustado al plan de cuidados. La formación en salud mental, adicciones, comunicación y situaciones de crisis mejora la capacidad del equipo para responder de forma coherente [5-7]. El diagnóstico, la indicación farmacológica y las decisiones terapéuticas continúan fuera del ámbito autónomo del TCAE.

Bibliografía

1. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008;20(4):315-320. doi:10.20882/adicciones.255.

2. Neyra A, Parro-Torres C, Ros-Cucurull E, Carrera I, Echarri E, Torrens M. Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: expert review and guidance. Ann Gen Psychiatry. 2024;23:40. doi:10.1186/s12991-024-00529-7.

3. España. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. BOE núm. 133, 5 junio 1995.

4. España. Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales mediante dos cualificaciones de la familia profesional Sanidad. BOE núm. 16, 19 enero 2012.

5. Hove E, Hazelton MJ, Santangelo P, Wilson RL. Integrated nursing care for people with combined mental health and substance use disorders. Int J Ment Health Nurs. 2023;32(2):378-401. doi:10.1111/inm.13094.

6. Chetty A, Guse T, Malema M. Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: a systematic review. Health SA Gesondheid. 2023;28:a2094. doi:10.4102/hsag.v28i0.2094.

7. Jenkins E, Currie LM, Hirani S, et al. Enhancing nurses' capacity to provide concurrent mental health and substance use disorder care: a quasi-experimental intervention study. Nurse Educ Today. 2022;117:105483. doi:10.1016/j.nedt.2022.105483.

CUIDADOS DEL LACTANTE Y APOYO A LA LACTANCIA MATERNA EN PLANTAS DE HOSPITALIZACIÓN PEDIÁTRICA

Resumen

El ingreso hospitalario de un lactante puede alterar una lactancia que funcionaba correctamente antes de la enfermedad. Los ayunos indicados, la separación, el cansancio, el estrés familiar o la necesidad de utilizar extracción y alimentación alternativa cambian las condiciones habituales de las tomas. Este trabajo revisa la evidencia sobre apoyo a la lactancia durante la hospitalización pediátrica y delimita la intervención del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Se realizó una revisión narrativa de estudios hospitalarios, recomendaciones internacionales y normativa profesional española. Los trabajos disponibles muestran diferencias entre centros en la valoración y el apoyo a la lactancia y señalan la conveniencia de reducir separaciones innecesarias, facilitar la extracción cuando esté indicada y disponer de circuitos de derivación ante dificultades. El TCAE participa en la higiene y el confort, prepara el entorno y el material, observa datos básicos de alimentación y eliminación y comunica incidencias. No sustituye la valoración clínica de enfermería, pediatría, matrona o profesionales con formación específica en lactancia.

Palabras clave: lactante; lactancia materna; hospitalización pediátrica; TCAE; cuidados auxiliares

Introducción

La Organización Mundial de la Salud y UNICEF recomiendan lactancia materna exclusiva durante los primeros seis meses y su continuación, junto con una alimentación complementaria adecuada, hasta los dos años o más [1]. Esa recomendación se formula para la población general y no elimina la necesidad de adaptar la alimentación cuando existe una enfermedad aguda. Durante un ingreso pediátrico, un lactante puede mamar con menos frecuencia, cansarse antes, permanecer en ayunas por indicación clínica o necesitar temporalmente otra vía de alimentación. A la vez, la madre puede tener menos oportunidades para descansar, extraerse leche o permanecer junto al niño [2]. La continuidad de la lactancia depende entonces tanto del estado clínico como de la organización de la unidad.

Las plantas pediátricas atienden a niños que ya han salido del contexto de maternidad o neonatología, por lo que una lactancia previamente establecida puede quedar en segundo plano frente al motivo del ingreso. Sin embargo, cuando no existe contraindicación clínica, proteger esa forma de alimentación

evita interrupciones innecesarias. La cualificación profesional de cuidados auxiliares sanitarios incluye cuidados de pediatría y neonatología, protocolos de higiene y nutrición y actividades de educación sobre lactancia realizadas en colaboración con el equipo multiprofesional [3]. En este marco, la función del TCAE es práctica y observacional: facilita los cuidados cotidianos y comunica problemas; no decide suplementos, ayunos ni cambios de pauta.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y documentos institucionales relacionados con lactancia y hospitalización infantil. Se consultaron PubMed/PMC, recomendaciones de la OMS y publicaciones de la American Academy of Pediatrics y de la Academy of Breastfeeding Medicine. Los términos de búsqueda incluyeron

“breastfeeding”, “hospitalized infant”, “pediatric inpatient”, “breastfeeding support” y “peer support”. Se priorizaron trabajos publicados entre 2020 y 2026 que abordaban lactantes hospitalizados y se añadió normativa española para delimitar las funciones auxiliares. La revisión no incluyó metaanálisis. Los resultados sobre lactancia se interpretaron por separado de la asignación de competencias profesionales.

Resultados

La evidencia específica sobre lactancia en plantas de hospitalización pediátrica es más limitada que la disponible para maternidad y neonatología. Gilley y Bunik describen la rehospitalización como un momento capaz de interrumpir una lactancia establecida [2]. Entre las dificultades citan el ayuno, la imposibilidad temporal de alimentación directa al pecho, el estrés, la falta de privacidad, la ausencia de bombas de extracción y políticas hospitalarias que no siempre contemplan las necesidades de la madre lactante. Los autores proponen que los hospitales que atienden a niños pequeños faciliten apoyo especializado, extracción y conservación segura de leche, reduzcan separaciones evitables y limiten los ayunos a lo clínicamente necesario.

Bochner et al. estudiaron las prácticas de profesionales de tres hospitales infantiles y encontraron variabilidad en la evaluación y el apoyo a la lactancia, así como diferencias en la formación recibida [4]. La falta de un procedimiento homogéneo puede hacer que una familia reciba indicaciones distintas a lo largo del ingreso. Chepkirui et al., en una revisión de alcance de 18 trabajos sobre apoyo entre iguales en hospitales, describieron resultados favorables en varios programas para el inicio, la continuidad o la recuperación de la lactancia, aunque los modelos eran heterogéneos y no permitían establecer una fórmula única [5]. Estos trabajos respaldan la necesidad de una cultura asistencial que tenga en cuenta la lactancia, pero no convierten el asesoramiento especializado en una función indiferenciada de cualquier miembro del equipo.

El TCAE puede colaborar en aspectos que influyen en la experiencia de la toma sin realizar valoración clínica. Una habitación ordenada, intimidad suficiente, material preparado y ayuda con la higiene o la colocación del entorno reducen interrupciones prácticas. Cuando el protocolo de la unidad lo establezca, también puede registrar o comunicar datos de ingesta y eliminación, preparar y limpiar el material utilizado para la extracción o la alimentación y colaborar en la identificación y conservación de la leche extraída. Durante el contacto con el lactante puede advertir rechazo persistente de las tomas, vómitos repetidos, somnolencia inhabitual, cambios en el patrón de pañales o un empeoramiento general. Estos datos deben comunicarse a enfermería para su valoración. La normativa española contempla expresamente la educación sobre lactancia en colaboración con el equipo multiprofesional [3].

Discusión

Apoyar la lactancia durante un ingreso pediátrico exige combinar dos prioridades: mantener una alimentación segura para el lactante y evitar interrupciones que no sean necesarias. Cuando el niño puede mamar, la proximidad con la madre, la privacidad y un entorno tranquilo facilitan que las tomas se desarrollen con menos interferencias. Si la alimentación directa no es posible, la extracción puede ayudar a mantener la producción, siempre que la situación clínica lo permita y se sigan las indicaciones del equipo [2]. La Academy of Breastfeeding Medicine recomienda, en el contexto del alta tras el nacimiento, observar una toma, valorar posición y transferencia de leche y enseñar extracción cuando sea preciso [6]. Esas valoraciones requieren profesionales con formación y competencia para realizarlas; el TCAE puede facilitar el proceso, pero no sustituirlo.

Una dificultad frecuente en la práctica es confundir apoyo con asesoramiento clínico. Acompañar a la madre, acercar el material previsto, facilitar intimidad o comunicar que el niño se fatiga durante la toma son intervenciones auxiliares. Indicar un suplemento, modificar la frecuencia de las tomas, decidir la duración de un ayuno o diagnosticar hipogalactia, deshidratación o un problema de agarre pertenece a otro nivel de valoración. Mantener esta diferencia protege al lactante y evita mensajes contradictorios.

También permite que la familia sepa quién puede resolver cada tipo de problema.

La observación del TCAE adquiere valor cuando se integra en un circuito de comunicación claro. Un niño que antes mamaba con normalidad y comienza a rechazar varias tomas, una madre que no consigue realizar la extracción prevista o una disminución llamativa de la eliminación son situaciones que no deberían quedar como incidencias informales. Deben llegar al profesional responsable con datos concretos y en un tiempo adecuado. La OMS recuerda que, durante la enfermedad, la leche materna sigue aportando líquidos, energía y nutrientes; por ello, su continuidad debe protegerse siempre que no exista una contraindicación

clínica [1]. La organización de la unidad puede favorecer esa continuidad sin convertirla en un objetivo que se imponga a la situación clínica o a las decisiones informadas de la familia.

Conclusiones

La hospitalización pediátrica puede alterar una lactancia establecida por razones clínicas y organizativas. Parte de ese impacto puede reducirse si la unidad facilita la proximidad madre-lactante, dispone de recursos para la extracción y mantiene procedimientos claros para conservar y administrar la leche extraída. El TCAE contribuye desde los cuidados básicos: higiene, confort, preparación del entorno y del material, observación de datos sencillos de alimentación y eliminación y comunicación de cambios. Su intervención debe seguir el plan de cuidados y los protocolos de la unidad. Las dificultades que requieren valoración de la toma, decisiones sobre suplementos o modificaciones de la pauta deben remitirse a enfermería, pediatría, matrona o profesionales con formación específica en lactancia.

Bibliografía

1. World Health Organization. Infant and young child feeding [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [consultado 14 sep 2026].

2. Gilley SP, Bunik M. Breastfeeding for the Re-Hospitalized Infant. Hosp Pediatr. 2025;15(1):e32-e35. doi:10.1542/hpeds.2024-008057.

3. España. Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales mediante dos cualificaciones de la familia profesional Sanidad. BOE núm. 16, 19 enero 2012.

4. Bochner RE, Kuroki R, Lui K, Russell CJ, Rackovsky E, Piper L, et al. Variations in care for breastfed infants admitted to US children's hospitals: a multicenter survey of inpatient providers. Hosp Pediatr. 2020;10(1):70-75. doi:10.1542/hpeds.2019-0199.

5. Chepkirui D, Nzinga J, Jemutai J, Tsofa B, Jones C, Mwangome M. A scoping review of breastfeeding peer support models applied in hospital settings. Int Breastfeed J. 2020;15:95. doi:10.1186/s13006-020-00331-7.

6. Hoyt-Austin AE, Kair LR, Larson IA, Stehel EK; Academy of Breastfeeding Medicine. Clinical Protocol #2: Guidelines for Birth Hospitalization Discharge of Breastfeeding Dyads, Revised 2022. Breastfeed Med. 2022;17(3):197-206. doi:10.1089/bfm.2022.29203.aeh.

7. España. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. BOE núm. 133, 5 junio 1995.

Humanización de la atención sanitaria: comunicación, experiencia de la persona atendida y calidad asistencial

RESUMEN

La humanización de la atención sanitaria constituye un componente esencial de la calidad asistencial y supone situar a las personas y sus necesidades en el centro de la atención. La asistencia sanitaria no se limita a la aplicación de conocimientos técnicos, sino que comprende también aspectos relacionados con la comunicación, el respeto, la dignidad, la autonomía, la privacidad y la participación de las personas en las decisiones que afectan a su salud. El objetivo de este capítulo es analizar los principales elementos relacionados con la humanización de la atención sanitaria desde una perspectiva transversal aplicable a los diferentes profesionales y ámbitos asistenciales. Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de documentos institucionales y literatura científica relacionada con atención centrada en las personas, humanización, comunicación, experiencia del paciente y calidad asistencial. Los resultados muestran que la atención centrada en las personas requiere adaptar los servicios a las necesidades, preferencias y valores de quienes los utilizan. La comunicación efectiva, el trato respetuoso, la accesibilidad, la participación y la continuidad asistencial son elementos fundamentales para conseguirlo. Se concluye que la humanización debe integrarse como una dimensión estructural de la calidad sanitaria y no como una actuación aislada, requiriendo el compromiso conjunto de profesionales y organizaciones.

Palabras clave: humanización; atención centrada en la persona; comunicación sanitaria; experiencia del paciente; calidad asistencial; dignidad.

INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria contemporánea se desarrolla en contextos caracterizados por una elevada complejidad organizativa, tecnológica y asistencial. En este escenario, la calidad de la atención no puede medirse únicamente mediante resultados clínicos o indicadores de actividad, sino que debe considerar también la experiencia de las personas atendidas.

La Organización Mundial de la Salud plantea que los servicios sanitarios deben ser centrados en las personas y responder a sus necesidades, preferencias y valores. Este enfoque supone pasar de sistemas organizados fundamentalmente alrededor de enfermedades e instituciones a modelos orientados hacia las personas. [1]

La humanización de la atención sanitaria implica reconocer que detrás de cada proceso asistencial existe una persona con necesidades físicas, emocionales, sociales y comunicativas. Por tanto, aspectos como la forma de comunicarse, la privacidad, el respeto, la escucha activa y la participación adquieren una importancia fundamental.

La humanización no debe interpretarse como un elemento exclusivamente relacionado con determinadas profesiones. Todos los profesionales que

desarrollan su actividad dentro de una organización sanitaria pueden influir, de manera directa o indirecta, en la experiencia de la persona atendida.

El objetivo de este capítulo es analizar los principales elementos que contribuyen a una atención sanitaria humanizada y determinar su importancia como componente transversal de la calidad asistencial.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre humanización y atención centrada en las personas.

La búsqueda se orientó a documentos institucionales y literatura científica relacionados con atención centrada en la persona, comunicación sanitaria, experiencia del paciente, dignidad, participación, accesibilidad y calidad asistencial.

Se priorizaron documentos procedentes de organismos sanitarios de referencia y publicaciones que analizaran la relación entre las características de la atención y la experiencia de las personas usuarias.

Los contenidos seleccionados se organizaron en cinco dimensiones: comunicación, dignidad y respeto, participación, accesibilidad y continuidad de la atención.

RESULTADOS

1. Atención centrada en la persona

La atención centrada en la persona supone reconocer que las necesidades sanitarias no son idénticas para todos los individuos. Las preferencias, circunstancias personales, capacidades y expectativas pueden condicionar la forma en la que una persona vive el proceso asistencial.

La OMS considera que una atención centrada en las personas debe responder a sus necesidades y preferencias y permitir su participación en las decisiones relacionadas con su salud. [1]

Este modelo requiere adaptar la atención a las características de cada persona siempre que sea posible, evitando enfoques excesivamente rígidos que prioricen únicamente las necesidades organizativas.

2. Comunicación como herramienta de humanización

La comunicación constituye uno de los principales instrumentos de humanización. Una comunicación clara y comprensible facilita que las personas conozcan su situación y comprendan las actuaciones que se realizan.

La utilización de un lenguaje adecuado al nivel de comprensión de cada persona resulta especialmente importante. La información sanitaria excesivamente técnica puede generar incertidumbre y dificultar la participación.

Además de transmitir información, la comunicación implica escuchar. La escucha activa permite identificar dudas, necesidades y preocupaciones que pueden no aparecer en una valoración exclusivamente técnica.

La comunicación también debe desarrollarse respetando la privacidad y confidencialidad de la persona.

3. Dignidad, respeto y autonomía

La dignidad constituye un principio fundamental de la atención sanitaria. El trato respetuoso debe mantenerse independientemente de la edad, situación socioeconómica, origen, capacidad funcional o características personales.

La autonomía implica favorecer que las personas participen en las decisiones relacionadas con su atención de acuerdo con sus capacidades y preferencias.

Para ello, es necesario proporcionar información comprensible y suficiente y crear espacios que permitan formular preguntas y expresar dudas.

4. Experiencia de la persona atendida

La experiencia de la persona constituye una fuente relevante de información sobre la calidad de los servicios sanitarios. Los usuarios pueden identificar aspectos que no siempre quedan reflejados en los indicadores clínicos tradicionales.

La percepción sobre los tiempos de espera, la facilidad de acceso, la claridad de la información, el trato recibido, la privacidad o la coordinación entre servicios puede aportar información útil para detectar oportunidades de mejora.

Por este motivo, las organizaciones sanitarias pueden incorporar encuestas, entrevistas, reclamaciones, sugerencias y otros mecanismos de participación dentro de sus sistemas de evaluación.

5. Accesibilidad y equidad

La humanización también implica garantizar que las personas puedan acceder a los servicios y comprender la información proporcionada.

Las barreras comunicativas, físicas, tecnológicas u organizativas pueden dificultar el acceso a la atención. La OMS señala que los servicios de calidad deben ser equitativos y no variar injustificadamente en función de las características de las personas o de su situación. [2]

Por tanto, las estrategias de humanización deben considerar la diversidad de necesidades existente entre la población.

6. Continuidad e integración de la atención

La fragmentación de los servicios puede generar experiencias negativas y dificultades para las personas atendidas. La continuidad requiere una adecuada coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.

Desde una perspectiva centrada en la persona, la información debe acompañar al proceso asistencial y evitar que la persona tenga que asumir por sí sola la responsabilidad de conectar diferentes servicios.

La atención integrada permite mejorar la coordinación y facilitar una experiencia asistencial más coherente.

DISCUSIÓN

La humanización constituye una dimensión inseparable de la calidad asistencial. La OMS destaca que los servicios de calidad deben ser no solo efectivos y seguros, sino también centrados en las personas.

[2]

En este sentido, humanizar no significa únicamente incorporar determinadas actuaciones relacionadas con el trato interpersonal. Requiere revisar cómo están diseñados los procesos y servicios para determinar si realmente responden a las necesidades de las personas.

La comunicación adquiere una importancia especial. Un entorno sanitario puede disponer de recursos tecnológicos y profesionales altamente cualificados y, sin embargo, generar una experiencia negativa si la persona no recibe información comprensible o percibe falta de escucha.

La participación representa igualmente un elemento esencial. Cuando las personas pueden expresar sus necesidades y preferencias, la atención puede adaptarse mejor a sus circunstancias.

Otro aspecto fundamental es la equidad. La humanización no puede limitarse a quienes disponen de mayores capacidades para comprender, desplazarse o utilizar herramientas digitales. Las organizaciones deben identificar las barreras que dificultan el acceso y desarrollar medidas para reducirlas.

Asimismo, la experiencia de los usuarios debe incorporarse a los procesos de mejora. Las opiniones de las personas atendidas pueden aportar información complementaria a los indicadores clínicos y organizativos.

Por último, la humanización requiere un compromiso institucional. No resulta suficiente solicitar a los profesionales un trato adecuado si las estructuras organizativas no facilitan tiempos, espacios y recursos que permitan desarrollar una atención centrada en las personas.

CONCLUSIONES

La humanización constituye una dimensión transversal de la calidad sanitaria y debe estar presente en todos los ámbitos de la atención.

La comunicación clara, la escucha activa, el respeto, la dignidad y la participación son elementos fundamentales para desarrollar una atención centrada en las personas.

La experiencia de los usuarios representa una fuente de información relevante para identificar necesidades y oportunidades de mejora.

La accesibilidad y la equidad deben incorporarse a las estrategias de humanización para evitar que determinadas personas encuentren mayores dificultades para acceder a una atención de calidad.

La humanización debe abordarse como una estrategia organizativa y no como una actuación aislada de determinados profesionales.

En consecuencia, las organizaciones sanitarias deben promover modelos de atención que combinen excelencia técnica con respeto, comunicación, participación y consideración de las necesidades individuales.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Integrated people-centred care [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 15 septiembre 2026].

2. World Health Organization. Quality of care [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 15 septiembre 2026].

3. World Health Organization. Quality health services [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 15 septiembre 2026].

4. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. Geneva: WHO; 2021.

5. World Health Organization. A global strategy on digital health 2020–2027. Geneva: WHO; 2025.

LA TCAE EN LA ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO INFARTO: TIEMPOS CRÍTICOS

Resumen

El síndrome coronario agudo con elevación del segmento ST es una urgencia en la que el pronóstico depende, entre otros factores, de reducir los retrasos hasta el diagnóstico y la reperfusión. El Código Infarto Asturias 2026 fija objetivos temporales para el electrocardiograma, la angioplastia primaria, el traslado entre centros y la fibrinólisis cuando está indicada. Este trabajo revisa esos tiempos y concreta la participación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) dentro del circuito. Se realizó una revisión narrativa de las Guías ESC 2023, el protocolo asturiano y normativa profesional española. El TCAE no interpreta el electrocardiograma, no decide la activación del código ni selecciona o administra de forma autónoma la estrategia de reperfusión. Su aportación se sitúa en la preparación del paciente y del material, la colaboración en las constantes y la monitorización cuando el protocolo lo contemple, la observación

de cambios, la comunicación inmediata de incidencias y la organización del traslado. En una asistencia tiempo-dependiente, estas tareas deben ejecutarse sin generar demoras.

Palabras clave: código infarto; TCAE; SCACEST; tiempos críticos; urgencias

Introducción

El infarto agudo de miocardio con elevación persistente del segmento ST forma parte de los síndromes coronarios agudos que requieren una estrategia de reperfusión urgente. Las Guías de la European Society of Cardiology de 2023 insisten en obtener e interpretar con rapidez un electrocardiograma de 12 derivaciones tras el primer contacto y en organizar redes asistenciales capaces de reducir el tiempo hasta la reperfusión [1]. En Asturias, el Código Infarto 2026 actualiza la coordinación entre atención primaria, SAMUAsturias y hospitales, incluidos los centros con capacidad de intervención coronaria percutánea [2]. El protocolo utiliza tiempos medibles porque cada demora del sistema puede acumularse a las demás.

Dentro de este circuito, las funciones deben estar repartidas antes de que aparezca la urgencia. El TCAE trabaja como personal auxiliar del equipo de enfermería. El Real Decreto 546/1995 incluye cuidados auxiliares, toma de constantes y técnicas de primeros auxilios dentro de su marco profesional [3]. La cualificación sanitaria complementaria recoge la observación directa, la comunicación de cambios, la preparación de material y la colaboración en situaciones urgentes [4]. Estas funciones no trasladan al TCAE responsabilidades diagnósticas o terapéuticas. Su interés en el Código Infarto reside en que muchas tareas auxiliares pueden realizarse en paralelo mientras el personal responsable valora al paciente y decide la estrategia.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentos oficiales y guías clínicas. Las fuentes principales fueron las Guías ESC 2023 para el síndrome coronario agudo, el protocolo Código Infarto Asturias 2026 y la normativa española que delimita el perfil profesional del TCAE. La revisión se centró en primer contacto médico, electrocardiograma, elección de reperfusión, traslado, tiempo “door in-door out”, fibrinólisis y registro de hitos temporales. Las actuaciones descritas para el TCAE se seleccionaron por su compatibilidad con el apoyo auxiliar. El texto no sustituye los protocolos internos de cada servicio ni amplía las competencias profesionales establecidas.

Resultados

El Código Infarto Asturias establece que el tiempo desde el primer contacto médico hasta la realización e interpretación del electrocardiograma diagnóstico de SCACEST sea igual o inferior a 10 minutos [2]. Para la angioplastia primaria,

el protocolo fija un máximo de 120 minutos desde la activación del CCU-SAMU hasta el paso de la guía por la arteria responsable y menos de 90 minutos desde la activación hasta la llegada a la sala de hemodinámica. En hospitales sin capacidad de intervención coronaria percutánea, el objetivo “door in-door out” es de 30 minutos o menos [2]. Si se opta por una estrategia farmacoinvasiva, el inicio de la fibrinólisis debe producirse en un máximo de 10 minutos desde la activación y en 30 minutos o menos desde el primer contacto médico. La respuesta se valora a los 60-90 minutos y, si la fibrinólisis fracasa, se indica una intervención de rescate lo antes posible [2].

Estos tiempos condicionan la organización del trabajo auxiliar. Ante un paciente con sospecha de síndrome coronario agudo, el TCAE puede colaborar en su traslado inmediato al área indicada, retirar la ropa necesaria para el electrocardiograma preservando intimidad y temperatura, preparar camilla, electrodos y material solicitado y ayudar a colocar al paciente para que la prueba pueda realizarse sin demora. Si el procedimiento local lo contempla, puede colaborar en la obtención y el registro de constantes. Durante ese proceso debe comunicar cualquier cambio observado, como deterioro del nivel de conciencia, aumento del dolor, disnea, sudoración, palidez intensa, vómitos o signos de inestabilidad.

La preparación del material puede hacerse al mismo tiempo que otras actuaciones clínicas. Tener disponible el equipo de monitorización, desfibrilación, oxigenoterapia o acceso vascular evita búsquedas cuando el paciente empeora, aunque la indicación y la administración correspondan a los profesionales responsables. El mismo criterio se aplica al traslado. El TCAE puede disponer camilla y pertenencias esenciales, comprobar que la identificación y la documentación siguen el procedimiento del centro y mantener libres los circuitos de salida. El protocolo asturiano señala que el registro de intervenciones y horarios es necesario para evaluar el funcionamiento de la red [2]. Si al TCAE le corresponde registrar algún dato en el sistema local, debe hacerlo con precisión; si no, debe comunicar el hito o la incidencia a quien tenga asignado el registro.

Discusión

La expresión “tiempo es miocardio” resume la necesidad de reducir retrasos. Cada miembro del equipo mantiene funciones distintas y, en una atención bien organizada, varias acciones se desarrollan a la vez. Mientras se obtiene e interpreta el electrocardiograma y se toman decisiones médicas, el TCAE puede preparar al paciente, acercar material, colaborar en constantes, observar cambios y facilitar el traslado. La utilidad de estas funciones depende de que estén entrenadas y de que no obliguen a repetir pasos. Una identificación incompleta, una camilla no disponible o la búsqueda tardía de material son demoras pequeñas de forma aislada, pero pueden sumarse dentro de un circuito que trabaja con objetivos de minutos.

Los límites competenciales deben permanecer claros incluso cuando existe presión asistencial. El diagnóstico de SCACEST requiere la interpretación del electrocardiograma por personal capacitado. La activación formal del código, la elección entre intervención coronaria percutánea y fibrinólisis, la prescripción de antiagregantes o anticoagulantes y la administración de fibrinolíticos no corresponden al TCAE de forma autónoma [1,2]. Tampoco debe retrasarse un traslado para completar cuidados que no sean prioritarios. Si aparece un cambio en el estado del paciente, la conducta adecuada es avisar de inmediato y colaborar con el protocolo de emergencia.

El protocolo asturiano incorpora además consideraciones de equidad y género y recuerda que algunas presentaciones pueden ser menos típicas, en particular en mujeres y personas mayores [2]. Para el TCAE, esta información no cambia el reparto de competencias, pero sí refuerza la necesidad de comunicar síntomas o empeoramientos sin restarles importancia por no ajustarse a una presentación clásica. La simulación de circuitos puede ser útil para ensayar esta coordinación: quién prepara al paciente, quién acerca el material, quién registra cada hora y cómo se organiza el traslado. El objetivo consiste en evitar pasos innecesarios cuando el tiempo disponible es limitado.

Conclusiones

El Código Infarto Asturias 2026 establece objetivos temporales que obligan a organizar el trabajo con precisión: electrocardiograma diagnóstico en 10 minutos desde el primer contacto médico, “door in-door out” de hasta 30 minutos en hospitales sin intervención coronaria percutánea y reperfusión dentro de los márgenes definidos por el protocolo [2]. El TCAE participa sin asumir decisiones diagnósticas o terapéuticas. Puede preparar al paciente y el material, colaborar en constantes y monitorización según el procedimiento local, observar cambios, comunicar incidencias y facilitar el traslado y el registro de los tiempos que tenga asignados. Cuando estas tareas están protocolizadas, su realización en paralelo ayuda a que el circuito avance sin demoras evitables.

Bibliografía

1. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al.; ESC Scientific Document Group. 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J. 2023;44(38):3720-3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191.

2. Consejería de Salud del Principado de Asturias. Código Infarto Asturias 2026. Oviedo: Dirección General de Planificación, Gestión del Conocimiento y Transformación Digital Sanitaria; febrero 2026.

3. España. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. BOE núm. 133, 5 junio 1995.

4. España. Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales mediante dos cualificaciones de la familia profesional Sanidad. BOE núm. 16, 19 enero 2012.

Transformación digital y competencias profesionales en el ámbito sanitario: oportunidades y desafíos para una atención integral

RESUMEN

La transformación digital está modificando de forma progresiva la organización y prestación de los servicios sanitarios. La historia clínica electrónica, los sistemas de información, la telemedicina, las herramientas de comunicación digital y las nuevas aplicaciones basadas en inteligencia artificial ofrecen oportunidades para mejorar la accesibilidad, la coordinación y la eficiencia de los sistemas de salud. Sin embargo, la incorporación de tecnologías también plantea desafíos relacionados con la protección de datos, la seguridad de la información, la interoperabilidad, la brecha digital y la necesidad de desarrollar nuevas competencias profesionales. El objetivo de este capítulo es analizar el impacto transversal de la transformación digital en el ámbito sanitario y su relación con las competencias de los profesionales. Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de documentos institucionales y literatura relacionada con salud digital, transformación de los sistemas sanitarios, competencias digitales, interoperabilidad y seguridad de la información. Los resultados muestran que la digitalización puede contribuir a mejorar la continuidad y eficiencia de la atención cuando se integra adecuadamente en los procesos asistenciales y organizativos. No obstante, su implantación requiere formación, adaptación de los profesionales, sistemas interoperables y medidas adecuadas de protección de la información. Se concluye que la transformación digital debe entenderse como un proceso organizativo y profesional, y no únicamente tecnológico, siendo

imprescindible garantizar que las herramientas digitales estén orientadas a mejorar la calidad, seguridad, accesibilidad y atención centrada en las personas.

Palabras clave: salud digital; transformación digital; competencias digitales; interoperabilidad; tecnología sanitaria; seguridad de la información.

INTRODUCCIÓN

La transformación digital constituye uno de los principales procesos de cambio de los sistemas sanitarios contemporáneos. El desarrollo de herramientas digitales ha permitido modificar la forma en que se registra, comparte y utiliza la información relacionada con la salud.

La historia clínica electrónica, la telemedicina, los sistemas de información, las plataformas de comunicación, las herramientas de apoyo a la toma de decisiones y las aplicaciones de inteligencia artificial forman parte de un entorno sanitario progresivamente digitalizado.

La Organización Mundial de la Salud considera que la salud digital puede contribuir a fortalecer los sistemas sanitarios, mejorar su eficiencia y favorecer un acceso equitativo a servicios de calidad. Sin embargo, señala también la importancia de aspectos como la interoperabilidad, la seguridad de los datos, la privacidad y la formación digital. [1]

En mayo de 2025, la Asamblea Mundial de la Salud acordó ampliar hasta 2027 la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025 y avanzar en el desarrollo de una nueva estrategia para el periodo 2028-2033, reflejando la importancia creciente de la transformación digital en los sistemas sanitarios. [2]

La digitalización afecta al conjunto de los profesionales, independientemente de su categoría o ámbito de trabajo. La utilización adecuada de las herramientas digitales requiere competencias que van más allá del manejo básico de dispositivos y programas.

El objetivo de este capítulo es analizar las oportunidades y desafíos de la transformación digital sanitaria y destacar la importancia de las competencias digitales como elemento transversal para los profesionales.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre transformación digital y competencias profesionales en el ámbito sanitario.

La búsqueda se centró en documentos institucionales y literatura científica relacionada con salud digital, historia clínica electrónica, interoperabilidad, competencias digitales, telemedicina, seguridad de la información, protección de datos e inteligencia artificial.

Se priorizaron publicaciones de organismos sanitarios internacionales y documentos estratégicos relacionados con la transformación digital de los sistemas de salud.

La información se organizó en cinco áreas: oportunidades de la digitalización, competencias profesionales, interoperabilidad, seguridad y privacidad, y riesgos asociados a la brecha digital.

RESULTADOS

1. Digitalización de los sistemas sanitarios

La transformación digital permite modificar numerosos procesos relacionados con la atención sanitaria y la gestión de los servicios.

Los sistemas de información pueden facilitar el acceso a datos relevantes y favorecer la coordinación entre diferentes profesionales y niveles asistenciales. La disponibilidad de información actualizada puede contribuir a una atención más integrada.

La OMS considera la salud digital una herramienta para apoyar sistemas sanitarios más eficientes, sostenibles y equitativos. [1]

No obstante, la mera incorporación de tecnología no garantiza una mejora automática. Los sistemas digitales deben responder a necesidades reales y estar adecuadamente integrados en los procesos de trabajo.

2. Historia clínica electrónica e interoperabilidad

La historia clínica electrónica constituye uno de los principales elementos de la transformación digital sanitaria. Permite almacenar y consultar información de manera electrónica y puede favorecer la continuidad de la atención.

Sin embargo, para que su potencial sea máximo, los diferentes sistemas deben poder intercambiar información de manera adecuada.

La interoperabilidad constituye, por tanto, un elemento esencial. La estrategia de salud digital de la OMS destaca la importancia de la interoperabilidad sintáctica y semántica para permitir el intercambio de información en sistemas conectados. [1]

La ausencia de interoperabilidad puede provocar duplicidades, pérdida de información o dificultades de acceso a datos relevantes.

3. Competencias digitales de los profesionales

La transformación digital requiere profesionales capaces de utilizar las herramientas disponibles de forma segura y eficiente.

Las competencias digitales incluyen aspectos relacionados con la búsqueda y gestión de información, utilización de sistemas de registro, comunicación digital, protección de datos y valoración crítica de la información disponible.

Además, el desarrollo de nuevas tecnologías hace necesario adquirir competencias para comprender las limitaciones y riesgos asociados a determinadas herramientas.

La formación debe adaptarse a la evolución tecnológica y contemplar tanto aspectos prácticos como principios relacionados con seguridad, privacidad y uso responsable de la información.

4. Protección de datos y seguridad de la información

La digitalización implica manejar grandes cantidades de información sensible. Por ello, la protección de los datos debe constituir una prioridad.

La estrategia de la OMS sobre salud digital destaca la necesidad de garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, así como proteger a las personas frente al uso inadecuado de los datos y las amenazas digitales. [1]

La seguridad no depende únicamente de sistemas tecnológicos. También requiere que los profesionales conozcan y apliquen correctamente las medidas de seguridad establecidas.

El uso responsable de contraseñas, la gestión adecuada de accesos, la identificación de comunicaciones sospechosas y la protección de dispositivos forman parte de la seguridad digital cotidiana.

5. Telemedicina y nuevas modalidades de atención

La digitalización ha favorecido el desarrollo de modalidades de atención no presenciales. La telemedicina puede facilitar el acceso a determinados servicios y mejorar la comunicación cuando las condiciones clínicas y organizativas lo permiten.

Sin embargo, su utilización debe realizarse de manera adecuada y no debe sustituir indiscriminadamente la atención presencial cuando esta resulte necesaria.

La selección de la modalidad de atención debe considerar las necesidades de la persona, la naturaleza del problema sanitario y las posibilidades de seguimiento.

6. Inteligencia artificial y nuevas tecnologías

La incorporación progresiva de herramientas basadas en inteligencia artificial representa una nueva etapa de la transformación digital.

Estas tecnologías pueden utilizarse en diferentes ámbitos, como análisis de información, apoyo a procesos administrativos, investigación o asistencia a determinadas decisiones.

Sin embargo, su utilización plantea nuevos retos relacionados con la calidad de los datos, la transparencia, la privacidad, la supervisión profesional y la posible aparición de sesgos.

Por ello, la incorporación de estas herramientas debe realizarse de forma responsable, manteniendo la supervisión humana y evaluando previamente sus posibles riesgos y beneficios.

7. Brecha digital y equidad

La transformación digital también puede generar nuevas desigualdades. No todas las personas disponen de los mismos conocimientos, dispositivos, conexión a internet o capacidad para utilizar determinadas herramientas.

La OMS señala que el acceso equitativo a los recursos digitales y la alfabetización tecnológica son aspectos relevantes para evitar que nadie quede excluido de los beneficios de la transformación digital.

[1]

Por ello, la digitalización debe diseñarse desde una perspectiva inclusiva y mantener alternativas adecuadas cuando determinadas personas no puedan utilizar recursos digitales.

DISCUSIÓN

La transformación digital ofrece importantes oportunidades para mejorar la calidad y eficiencia de los sistemas sanitarios. Sin embargo, sus beneficios dependen de la forma en que las tecnologías se incorporen a las organizaciones.

La OMS señala que las estrategias de salud digital deben integrar recursos tecnológicos, organizativos, financieros y humanos. [3] Esto significa que la transformación digital no puede reducirse a adquirir nuevos programas o dispositivos.

La formación profesional representa uno de los principales factores de éxito. Los profesionales deben comprender no solo cómo utilizar una herramienta, sino también para qué sirve, cuáles son sus limitaciones y qué riesgos puede implicar.

La interoperabilidad constituye otro reto fundamental. La existencia de múltiples sistemas que no pueden intercambiar información de forma adecuada puede dificultar la continuidad asistencial y aumentar la carga administrativa.

La protección de la información adquiere asimismo una importancia creciente. La digitalización amplía las posibilidades de acceso y utilización de los datos,

pero también aumenta la necesidad de establecer medidas de seguridad eficaces.

Por otro lado, la transformación digital debe mantener una perspectiva centrada en las personas. Una tecnología puede ser técnicamente avanzada y, sin embargo, no aportar valor si dificulta el acceso, aumenta la complejidad de los procesos o excluye a determinados grupos.

La extensión de la Estrategia Mundial sobre Salud Digital hasta 2027 refleja precisamente la importancia que continúa teniendo este proceso de transformación. La OMS señala como objetivos el fortalecimiento de sistemas de salud digitales, la interoperabilidad y el desarrollo de capacidades. [2]

Por tanto, el éxito de la digitalización dependerá de conseguir un equilibrio entre innovación, seguridad, eficiencia, formación profesional, protección de datos y equidad.

CONCLUSIONES

La transformación digital constituye un proceso transversal que afecta al conjunto de los profesionales y estructuras de las organizaciones sanitarias.

Las herramientas digitales pueden mejorar el acceso a la información, la coordinación, la continuidad y la eficiencia de los servicios cuando se integran adecuadamente en los procesos de trabajo.

La formación y el desarrollo de competencias digitales deben considerarse elementos fundamentales de cualquier estrategia de transformación sanitaria.

La interoperabilidad y la seguridad de la información son requisitos esenciales para garantizar un uso adecuado de los sistemas digitales.

La incorporación de nuevas tecnologías, incluida la inteligencia artificial, debe realizarse de forma responsable, evaluando sus beneficios y riesgos y manteniendo la supervisión profesional.

Finalmente, la transformación digital debe desarrollarse desde una perspectiva centrada en las personas, evitando que la digitalización genere nuevas barreras o desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2027. Geneva: WHO; 2025.

2. World Health Organization. The World Health Assembly endorses the extension of the Global Strategy on Digital Health to 2027 and approves the next phase for 2028–2033 [Internet]. Geneva: WHO; 2025.

3. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2021.

4. World Health Organization. Digital health [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 15 septiembre 2026].

5. World Health Organization. Global Initiative on Digital Health [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 15 septiembre 2026].

6. World Health Organization. Quality of care [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 15 septiembre 2026].

Optimización de la dosis de radiación en tomografía computarizada: papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico

Resumen

La tomografía computarizada (TC) constituye una herramienta fundamental en el diagnóstico por imagen debido a su rapidez, resolución y capacidad para obtener información anatómica detallada. Sin embargo, utiliza radiaciones ionizantes, por lo que la optimización de la exposición del paciente representa un aspecto esencial de la práctica profesional. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico participa directamente en la preparación y posicionamiento del paciente, aplicación de protocolos, adquisición de imágenes y comprobación de su calidad técnica. El objetivo de este trabajo es analizar las principales actuaciones relacionadas con la optimización de la exposición en TC desde la perspectiva del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación técnica sobre protección radiológica y tomografía computarizada. Los resultados muestran la importancia de adaptar los protocolos a la exploración y características del paciente, utilizar adecuadamente los sistemas automáticos de modulación, delimitar correctamente la región explorada y evitar repeticiones innecesarias. Se concluye que la formación técnica y la correcta aplicación de los protocolos son fundamentales para obtener imágenes de calidad diagnóstica manteniendo las exposiciones tan bajas como sea razonablemente posible de acuerdo con el objetivo médico.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico; tomografía computarizada; radiación ionizante; optimización; dosis; protección radiológica.

Introducción

La tomografía computarizada ha experimentado una importante evolución tecnológica. Los equipos actuales permiten adquirir grandes volúmenes anatómicos en periodos muy reducidos y realizar reconstrucciones multiplanares y tridimensionales.

Estas ventajas han convertido la TC en una técnica ampliamente utilizada. Sin embargo, su utilización implica exposición a radiaciones ionizantes, lo que hace necesario aplicar los principios de protección radiológica correspondientes a las exposiciones médicas.

El objetivo de la optimización no consiste simplemente en producir la menor dosis posible. Una reducción excesiva puede deteriorar la imagen hasta hacerla insuficiente para responder a la cuestión clínica. Se busca, por tanto, alcanzar un equilibrio entre información diagnóstica y exposición.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico interviene directamente en este proceso. El posicionamiento, centrado, selección del protocolo y delimitación de la región de adquisición pueden afectar tanto a la calidad como a la exposición.

La normativa española sobre exposiciones médicas establece obligaciones relacionadas con justificación, optimización y garantía de calidad.

El objetivo del presente trabajo es analizar las actuaciones mediante las que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico puede contribuir a optimizar los estudios de TC.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de normativa española y documentación técnica relacionada con protección radiológica en tomografía computarizada.

Se analizaron especialmente el Real Decreto 601/2019 y documentación del Consejo de Seguridad Nuclear y organismos internacionales especializados en protección radiológica.

La información se clasificó en cuatro áreas: posicionamiento, selección de protocolos, parámetros técnicos y prevención de repeticiones.

No se utilizaron estudios de pacientes ni se realizaron exposiciones experimentales.

Resultados

La revisión identifica el correcto posicionamiento y centrado como elementos importantes. La colocación inadecuada del paciente puede afectar al funcionamiento de los sistemas automáticos y a la calidad de las imágenes.

La selección del protocolo debe corresponder con la exploración solicitada. Los protocolos de cráneo, tórax o abdomen presentan características diferentes y deben aplicarse conforme a los procedimientos establecidos.

La delimitación de la longitud de adquisición también resulta relevante. Incluir regiones anatómicas innecesarias puede aumentar la exposición sin aportar información útil para la finalidad de la prueba.

Los sistemas de modulación automática permiten adaptar determinados parámetros durante la adquisición. Su correcta utilización exige conocer su funcionamiento y las características del equipo.

Los parámetros relacionados con tensión, corriente, tiempo, pitch y reconstrucción influyen de distintas formas sobre dosis y calidad de imagen.

Finalmente, evitar repeticiones constituye una actuación preventiva esencial. Una correcta preparación del paciente y unas instrucciones claras sobre inmovilidad o apnea pueden disminuir adquisiciones técnicamente inadecuadas.

Discusión

La optimización en TC constituye un proceso multidisciplinar. La indicación y justificación médica corresponden a los profesionales competentes, mientras que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel fundamental en la correcta ejecución técnica.

La tecnología actual dispone de sistemas cada vez más sofisticados de modulación y reconstrucción. Sin embargo, la automatización no elimina la necesidad de conocimientos profesionales. Una selección incorrecta del protocolo puede producir resultados inadecuados incluso en equipos avanzados.

La calidad de imagen tampoco debe considerarse de manera aislada. El objetivo no es obtener siempre la imagen visualmente más limpia posible, sino una imagen suficiente para responder a la cuestión diagnóstica utilizando un procedimiento optimizado.

La formación continuada resulta especialmente importante debido a la rápida evolución de los equipos y algoritmos de reconstrucción.

Conclusiones

La optimización de las exploraciones de TC constituye una parte esencial de la actividad del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico.

El correcto posicionamiento y centrado del paciente influyen sobre la calidad de imagen y la exposición.

La selección del protocolo y la delimitación adecuada de la región explorada permiten evitar exposiciones innecesarias.

La prevención de repeticiones constituye una de las medidas más eficaces para evitar exposiciones adicionales.

La actualización de conocimientos técnicos debe acompañar a la evolución tecnológica de los equipos de tomografía computarizada.

Bibliografía

España. (2019). *Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas*. Boletín Oficial del Estado, 262.

Consejo de Seguridad Nuclear. (s. f.). *Protección radiológica*. CSN.

International Atomic Energy Agency. (s. f.). *Radiation protection of patients during CT scanning*. IAEA.

International Commission on Radiological Protection. (2017). *Diagnostic reference levels in medical imaging. ICRP Publication 135*. Annals of the ICRP, 46(1).

Seguridad del paciente en resonancia magnética: competencias del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico

Resumen

La resonancia magnética (RM) permite obtener imágenes de elevada calidad sin utilizar radiaciones ionizantes. Sin embargo, esta característica no significa que sea una técnica exenta de riesgos. Los campos magnéticos intensos, los gradientes, la radiofrecuencia, los objetos ferromagnéticos y los sistemas criogénicos requieren procedimientos específicos de seguridad. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desarrolla una función fundamental en la preparación del paciente, aplicación de protocolos y prevención de incidentes. El objetivo de este trabajo es revisar los principales riesgos asociados a la RM y las medidas preventivas relacionadas con la actividad del técnico. Se realizó una revisión narrativa de documentación técnica y preventiva. Los resultados destacan la importancia del control de acceso, cribado previo de pacientes, detección de objetos y dispositivos potencialmente incompatibles, prevención de lesiones térmicas y conocimiento de los procedimientos de emergencia. Se concluye que la ausencia de radiación ionizante no debe generar una falsa percepción de seguridad y que la formación específica del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico resulta esencial.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico; resonancia magnética; seguridad; campo magnético; prevención; paciente.

Introducción

La resonancia magnética es una técnica de diagnóstico por imagen basada en la interacción entre campos magnéticos, ondas de radiofrecuencia y las propiedades de los tejidos.

Una de sus principales características es que no utiliza radiaciones ionizantes. Sin embargo, las instalaciones de RM presentan riesgos específicos que requieren estrictas medidas preventivas.

El campo magnético estático permanece activo de forma continua en numerosos sistemas. Los objetos ferromagnéticos pueden experimentar fuerzas de atracción y convertirse en proyectiles peligrosos si entran en determinadas zonas.

Asimismo, determinados implantes o dispositivos médicos requieren una evaluación de sus condiciones de seguridad antes de introducir al paciente en el entorno de RM.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico participa en la preparación y posicionamiento del paciente y en la ejecución de las secuencias conforme a los protocolos establecidos.

El objetivo de este trabajo es analizar los principales aspectos de seguridad en RM relacionados con la práctica del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación técnica sobre seguridad en resonancia magnética y prevención de riesgos laborales.

Se prestó especial atención a las Notas Técnicas de Prevención del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo relacionadas con RM.

Los resultados fueron agrupados en riesgos derivados del campo magnético, radiofrecuencia, gradientes, criógenos y factores relacionados con el paciente.

Resultados

El control de acceso constituye una de las principales medidas preventivas. Los objetos ferromagnéticos no deben introducirse en zonas restringidas sin haber comprobado previamente su seguridad.

El cribado del paciente es igualmente fundamental. Debe verificarse la posible existencia de implantes, dispositivos, cuerpos extraños u otras circunstancias relevantes siguiendo los protocolos del centro.

Los gradientes magnéticos están asociados, entre otros aspectos, a elevados niveles de ruido acústico, por lo que deben aplicarse las medidas de protección establecidas.

La radiofrecuencia puede producir calentamiento. Una colocación inadecuada de cables o determinadas configuraciones de contacto pueden favorecer lesiones térmicas, por lo que el posicionamiento debe realizarse siguiendo las instrucciones de seguridad.

Los fluidos criogénicos empleados en los sistemas superconductores representan otro riesgo específico. El personal debe conocer los procedimientos establecidos para situaciones de emergencia.

Finalmente, algunos pacientes presentan ansiedad o claustrofobia. La comunicación y explicación previa pueden favorecer la realización de la prueba.

Discusión

La RM demuestra que la seguridad en diagnóstico por imagen no puede reducirse exclusivamente a la protección radiológica.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe conocer riesgos específicos de cada modalidad. En RM, la prevención comienza incluso antes de que el paciente entre en la sala del imán.

El cribado debe realizarse de manera sistemática. La familiaridad con el entorno no debe llevar a relajar los procedimientos, ya que determinados incidentes pueden tener consecuencias graves.

La rápida evolución de implantes y dispositivos médicos hace especialmente importante consultar fuentes y procedimientos autorizados cuando exista alguna duda sobre compatibilidad.

La comunicación con el paciente también constituye una medida de seguridad. Explicar el ruido, la duración aproximada y la necesidad de permanecer inmóvil puede disminuir la ansiedad y facilitar la adquisición.

Conclusiones

La resonancia magnética no utiliza radiaciones ionizantes, pero presenta riesgos específicos que requieren medidas preventivas rigurosas.

El control de acceso y el cribado previo son fundamentales para prevenir incidentes con objetos o dispositivos incompatibles.

La prevención de lesiones térmicas y la protección frente al ruido forman parte de las medidas de seguridad.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe conocer los procedimientos de emergencia específicos de la instalación.

La formación continuada en seguridad de RM resulta imprescindible para proteger al paciente y a los profesionales.

Bibliografía

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2015). *NTP 1063: Imagen mediante Resonancia Magnética (I): técnica, riesgos y medidas preventivas*. INSST.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2015). *NTP 1064: Imagen mediante Resonancia Magnética (II): seguridad*. INSST.

Kanal, E., Barkovich, A. J., Bell, C., Borgstede, J. P., Bradley, W. G., Froelich, J. W., et al. (2013). ACR guidance document on MR safe practices: 2013. *Journal of Magnetic Resonance Imaging, 37*(3), 501–530.

Prevención de repeticiones en radiología convencional: papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico

Resumen

La radiología convencional continúa siendo una de las técnicas de diagnóstico por imagen más utilizadas. La obtención de una imagen técnicamente incorrecta puede obligar a repetir la exposición, incrementando innecesariamente la dosis recibida por el paciente y reduciendo la eficiencia del servicio. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico participa directamente en el posicionamiento, selección de parámetros y evaluación técnica de las imágenes obtenidas. El objetivo de este trabajo es analizar las causas evitables de repetición de radiografías y describir estrategias preventivas. Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con calidad y protección radiológica. Los resultados identifican como factores relevantes los errores de posicionamiento, movimiento, selección inadecuada de parámetros, colimación incorrecta y presencia de objetos externos. La comunicación con el paciente y el análisis periódico de las causas de rechazo pueden contribuir a disminuir las repeticiones. Se concluye que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña una función esencial en la calidad de la radiología convencional y en la optimización de la exposición.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico; radiología convencional; repetición; calidad de imagen; radiografía; protección radiológica.

Introducción

A pesar del desarrollo de técnicas como TC y RM, la radiología convencional mantiene una gran importancia en el diagnóstico por imagen.

Su aparente sencillez no debe llevar a infravalorar la precisión técnica necesaria. Una radiografía puede resultar insuficiente por posicionamiento incorrecto, movimiento, colimación inadecuada o presencia de artefactos.

Cuando una imagen no cumple los criterios técnicos necesarios puede ser preciso repetir la adquisición. Al tratarse de una modalidad que utiliza radiaciones ionizantes, cada repetición supone una exposición adicional.

Los sistemas digitales han aumentado el margen de procesamiento posterior de las imágenes, pero no pueden corregir todos los errores de adquisición.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico debe conocer los criterios técnicos de cada proyección y verificar la calidad de las imágenes obtenidas.

El objetivo del presente trabajo es analizar las principales causas de repetición en radiología convencional y las medidas que pueden contribuir a prevenirlas.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación institucional sobre protección radiológica, garantía de calidad y radiología convencional.

La información se clasificó según las causas potenciales de repetición: posicionamiento, movimiento, parámetros técnicos, colimación y artefactos.

Asimismo, se revisó la utilidad del análisis de rechazo como herramienta de mejora de calidad.

Resultados

Los errores de posicionamiento constituyen una causa potencial de imágenes técnicamente insuficientes. El conocimiento anatómico y de las proyecciones resulta esencial para colocar correctamente al paciente.

El movimiento puede reducir la nitidez. Una explicación sencilla sobre la necesidad de permanecer inmóvil o mantener una apnea cuando corresponda puede prevenir determinadas repeticiones.

La selección de parámetros técnicos debe ajustarse a las características del estudio y del paciente conforme a los protocolos establecidos.

La colimación adecuada permite limitar el campo a la región necesaria y contribuye a la protección radiológica y a la calidad.

Los objetos externos, como determinadas prendas o elementos metálicos, pueden producir artefactos y ocultar estructuras.

Finalmente, el registro y análisis de las imágenes rechazadas permite identificar patrones y establecer medidas de mejora.

Discusión

La repetición de una radiografía no debe analizarse únicamente como un error individual. Puede estar relacionada con formación, protocolos, funcionamiento del equipo, características del paciente o condiciones organizativas.

Por ello, los programas de análisis de rechazo pueden proporcionar información útil para detectar problemas recurrentes.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico desempeña un papel fundamental porque controla gran parte del proceso técnico de adquisición.

Los sistemas digitales permiten modificar brillo y contraste después de la exposición, pero no pueden compensar adecuadamente determinados errores de posicionamiento o movimiento.

La prevención debe basarse en formación, protocolos claros, mantenimiento de equipos y revisión sistemática de la calidad.

Conclusiones

La prevención de repeticiones constituye una medida importante de protección radiológica y calidad asistencial.

El posicionamiento correcto es esencial para obtener imágenes adecuadas.

La comunicación con el paciente puede reducir artefactos relacionados con movimiento.

La selección de parámetros y una colimación correcta deben ajustarse a los protocolos establecidos.

El análisis periódico de las causas de rechazo constituye una herramienta de mejora para el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y para el conjunto del servicio.

Bibliografía

España. (2019). *Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas*. Boletín Oficial del Estado, 262.

International Atomic Energy Agency. (s. f.). *Radiation protection of patients in radiography*. IAEA.

World Health Organization. (2016). *Communicating radiation risks in paediatric imaging: Information to support healthcare discussions about benefit and risk*. WHO.

Atención y preparación del paciente en diagnóstico por imagen: funciones del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico

Resumen

La obtención de imágenes diagnósticas de calidad depende no solo de la tecnología empleada, sino también de la correcta preparación y colaboración del paciente. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico mantiene contacto directo con personas que pueden presentar dolor, limitaciones de movilidad, ansiedad o desconocimiento sobre el procedimiento. El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de la preparación, comunicación y atención al paciente durante las exploraciones de diagnóstico por imagen. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación relacionada con derechos del paciente, seguridad y calidad asistencial. Los resultados muestran que la identificación correcta, la explicación de instrucciones, el respeto a la intimidad, la detección de circunstancias relevantes y el posicionamiento seguro son elementos fundamentales. La comunicación adquiere características particulares en radiología convencional, TC y RM. Se concluye que la atención centrada en la persona complementa las competencias tecnológicas del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico y puede contribuir tanto a la experiencia del paciente como a la calidad técnica de la exploración.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico; paciente; comunicación; preparación; humanización; seguridad.

Introducción

Una exploración de diagnóstico por imagen constituye una actividad habitual para los profesionales sanitarios, pero puede ser una experiencia desconocida para el paciente.

El funcionamiento de equipos de gran tamaño, la necesidad de permanecer inmóvil o las instrucciones respiratorias pueden generar incertidumbre.

La situación puede resultar especialmente compleja en personas con dolor, movilidad reducida, dificultades sensoriales o ansiedad.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico mantiene contacto directo con el paciente durante gran parte del procedimiento. Sus competencias técnicas deben combinarse con una comunicación adecuada y una atención respetuosa.

Una preparación incorrecta también puede afectar al resultado de la exploración y ocasionar retrasos o necesidad de repetir determinadas adquisiciones.

El objetivo de este trabajo es analizar el papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico en la preparación y atención del paciente.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre derechos del paciente y documentación relacionada con seguridad y atención sanitaria.

La información se organizó en cinco dimensiones: identificación, información, preparación, posicionamiento y adaptación a necesidades individuales.

No se utilizaron datos de pacientes ni se evaluaron intervenciones asistenciales.

Resultados

La identificación correcta constituye la primera actuación relevante. Antes de realizar una exploración deben aplicarse los procedimientos establecidos para comprobar la identidad y la prueba correspondiente.

La información debe centrarse en los aspectos necesarios para la colaboración del paciente y mantenerse dentro de las competencias profesionales.

En radiografía, puede ser necesario explicar cómo adoptar una determinada posición y cuándo mantener una apnea.

En TC, las instrucciones respiratorias y la inmovilidad pueden ser determinantes para evitar artefactos.

En RM, la explicación previa sobre ruido, duración, inmovilidad y sistemas de comunicación puede disminuir la incertidumbre.

La privacidad debe mantenerse durante la preparación y posicionamiento, especialmente cuando sea necesario retirar prendas o utilizar vestimenta específica.

Finalmente, deben considerarse las limitaciones particulares de cada persona. El posicionamiento técnicamente ideal puede necesitar adaptaciones cuando existe dolor o movilidad reducida.

Discusión

La atención al paciente no constituye un aspecto separado de la calidad técnica. En muchas exploraciones, la colaboración de la persona es necesaria para obtener imágenes adecuadas.

Una comunicación insuficiente puede provocar movimientos o incumplimiento involuntario de instrucciones.

Por otro lado, proporcionar demasiada información técnica puede aumentar la confusión. Las explicaciones deben ser sencillas y adaptadas a las necesidades del paciente.

También es fundamental respetar los límites competenciales. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico puede explicar el procedimiento, pero no debe sustituir al facultativo en la interpretación diagnóstica de los resultados.

La humanización debe coexistir con la eficiencia. Incluso en unidades con elevada carga asistencial, determinadas actuaciones de comunicación requieren poco tiempo y pueden prevenir dificultades posteriores.

Conclusiones

La preparación del paciente constituye una fase esencial de las exploraciones de diagnóstico por imagen.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico participa directamente en la identificación, preparación y posicionamiento del usuario.

Una comunicación clara favorece la colaboración y puede mejorar la calidad de las adquisiciones.

El respeto a la privacidad y la adaptación a las limitaciones individuales forman parte de una atención de calidad.

Las competencias técnicas y comunicativas deben considerarse complementarias dentro del trabajo del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Communicating radiation risks in paediatric imaging*. WHO.

Control de calidad de los equipos y de la imagen: papel del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico

Resumen

La calidad de los procedimientos de diagnóstico por imagen depende de múltiples factores relacionados con el equipamiento, los protocolos de adquisición, el posicionamiento del paciente y el procesamiento de las imágenes. El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico participa directamente en la utilización de equipos de radiología convencional, tomografía computarizada y resonancia magnética, entre otras modalidades. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia del control de calidad dentro de su actividad profesional. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación técnica sobre garantía de calidad en radiodiagnóstico. Los resultados muestran que la detección de artefactos, comprobación del funcionamiento del equipamiento, aplicación homogénea de protocolos y evaluación técnica de las imágenes son elementos esenciales. Los programas de garantía de calidad permiten identificar desviaciones antes de que repercutan de forma significativa sobre los pacientes. Se concluye que el Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico constituye una figura fundamental dentro de los procesos de control de calidad y optimización.

Palabras clave

Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico; control de calidad; imagen médica; radiodiagnóstico; equipamiento; optimización.

Introducción

Los servicios de diagnóstico por imagen utilizan equipos tecnológicamente complejos cuyo correcto funcionamiento resulta necesario para obtener información diagnóstica adecuada.

El concepto de calidad no se limita al funcionamiento físico del equipo. Incluye todo el proceso desde la preparación del paciente hasta el almacenamiento final de las imágenes.

Un problema técnico puede manifestarse como pérdida de resolución, artefactos, errores de procesamiento o comportamiento anómalo del sistema.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico utiliza diariamente estos equipos y se encuentra en una posición adecuada para detectar determinadas desviaciones durante la práctica habitual.

Asimismo, la evaluación técnica de las imágenes antes de finalizar el estudio puede permitir identificar errores que necesitan corrección.

El objetivo del presente trabajo es analizar la función del Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico dentro de los programas de garantía y control de calidad.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española y documentación técnica sobre garantía de calidad en radiodiagnóstico.

Los hallazgos fueron clasificados en cuatro áreas: funcionamiento del equipamiento, calidad de imagen, protocolos y registro de incidencias.

El trabajo no incluye mediciones experimentales sobre equipos ni datos procedentes de pacientes.

Resultados

La revisión muestra que los programas de garantía de calidad incluyen diferentes actuaciones destinadas a mantener el funcionamiento adecuado de los equipos y procesos.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico participa en las comprobaciones que correspondan según los protocolos y debe comunicar las anomalías detectadas.

La aparición repetida de un artefacto puede indicar un problema que requiere evaluación. Diferenciar entre artefactos derivados del paciente y aquellos relacionados con el sistema constituye una competencia técnica relevante.

La aplicación homogénea de protocolos favorece la reproducibilidad y permite identificar con mayor facilidad desviaciones inesperadas.

En radiología digital, el procesamiento puede modificar notablemente la apariencia final de la imagen, por lo que una imagen visualmente aceptable no garantiza por sí misma que todos los parámetros de adquisición hayan sido apropiados.

En TC, los indicadores técnicos y de exposición pueden utilizarse dentro de los programas de optimización.

En RM, las comprobaciones de calidad permiten detectar alteraciones relacionadas con homogeneidad, señal, ruido u otros parámetros del sistema.

Discusión

El control de calidad debe entenderse como un proceso continuo y multidisciplinar.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico no sustituye a especialistas como radiofísicos, ingenieros o facultativos responsables de determinadas comprobaciones, pero aporta información fundamental derivada del uso cotidiano de los equipos.

La detección temprana de una anomalía puede evitar que el problema afecte a múltiples exploraciones.

Asimismo, el control de calidad debe analizar el procedimiento completo. Un equipo técnicamente correcto puede producir imágenes deficientes si el posicionamiento o protocolo utilizado no son adecuados.

La cultura de calidad implica registrar incidencias, analizarlas y utilizar la información para mejorar los procedimientos en lugar de limitarse a corregir problemas puntuales.

Conclusiones

El control de calidad constituye un elemento fundamental del diagnóstico por imagen.

El Técnico Superior en Imagen para el Diagnóstico participa activamente en la aplicación de los programas de calidad establecidos.

La detección y comunicación temprana de anomalías puede prevenir problemas posteriores.

La calidad debe evaluarse tanto en el equipamiento como en los procedimientos y en las imágenes obtenidas.

La formación continuada y la colaboración multidisciplinar resultan esenciales para mantener estándares adecuados de calidad y seguridad.

Bibliografía

España. (1999). *Real Decreto 1976/1999, de 23 de diciembre, por el que se establecen los criterios de calidad en radiodiagnóstico*. Boletín Oficial del Estado, 311.

España. (2019). *Real Decreto 601/2019, de 18 de octubre, sobre justificación y optimización del uso de las radiaciones ionizantes para la protección radiológica de las personas con ocasión de exposiciones médicas*. Boletín Oficial del Estado, 262.

International Atomic Energy Agency. (s. f.). *Quality assurance programme for diagnostic radiology*. IAEA.

International Commission on Radiological Protection. (2017). *Diagnostic reference levels in medical imaging. ICRP Publication 135*. Annals of the ICRP, 46(1).

SEGURIDAD EN EL AMBITO SANITARIO: BUENAS PRÁCTICAS PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Los centros sanitarios dependen cada vez más de sistemas informáticos.

Historias clínicas, agendas, pruebas diagnósticas, laboratorio, farmacia, nóminas, recursos humanos, mantenimiento, comunicaciones, compras y multitud de procesos funcionan mediante herramientas digitales.

Por eso, un incidente informático puede afectar mucho más que a los ordenadores.

Puede retrasar citas, dificultar el acceso a información clínica, interrumpir sistemas, afectar al funcionamiento de equipos o comprometer datos personales.

La ciberseguridad ya no es únicamente responsabilidad del departamento de informática.

Personal sanitario y no sanitario utiliza cuentas, contraseñas, correos electrónicos, aplicaciones y dispositivos. Cada usuario puede convertirse, sin pretenderlo, en una puerta de entrada para un ataque.

ENISA, la Agencia de la Unión Europea para la Ciberseguridad, publicó en 2025 una guía específica de higiene digital para el sector sanitario y considera que los servicios de salud continúan siendo un objetivo relevante de amenazas como el ransomware y el robo de datos.

- **La contraseña es personal**

Compartir una contraseña puede parecer una solución rápida cuando existe mucho trabajo, pero genera un importante problema de seguridad.

Las credenciales permiten identificar quién realiza determinadas acciones.

Si varias personas utilizan la misma cuenta, se pierde trazabilidad.

Las contraseñas deben gestionarse conforme a las reglas establecidas por la organización y nunca escribirse en lugares visibles.

Cuando los sistemas ofrecen mecanismos adicionales de autenticación, estos aumentan la protección frente al uso indebido de credenciales.

Nadie debería solicitar por correo o teléfono una contraseña completa alegando pertenecer al servicio informático.

- **Bloquear la sesión**

Alejarse unos minutos del ordenador dejando abierta una aplicación puede permitir que otra persona acceda a información o realice acciones con las credenciales del trabajador.

Bloquear la sesión debería convertirse en un hábito.

Es especialmente importante en puestos de atención al público, controles de enfermería, consultas, despachos compartidos y cualquier lugar con tránsito frecuente.

Un pequeño gesto puede evitar accesos indebidos.

- **El correo electrónico como vía de ataque**

El correo continúa siendo una de las herramientas utilizadas por los ciberdelincuentes para intentar engañar a los usuarios.

Un mensaje puede aparentar proceder de informática, recursos humanos, una empresa conocida o incluso un compañero.

Puede pedir que se pulse un enlace, se abra un archivo o se introduzca una contraseña.

Este tipo de fraude se conoce habitualmente como phishing.

Algunas señales deben despertar precaución: mensajes inesperados, urgencia excesiva, amenazas de bloqueo, errores extraños, direcciones de remitente sospechosas o peticiones poco habituales.

Sin embargo, los mensajes fraudulentos pueden estar muy bien elaborados.

Cuando existe duda, es preferible verificar mediante otro canal antes de actuar.

- **No todo archivo debe abrirse**

Una factura, documento, currículum o archivo comprimido puede contener software malicioso.

El hecho de que el nombre parezca normal no garantiza su seguridad.

Especial atención merecen los archivos recibidos de forma inesperada.

Si el puesto exige gestionar documentación externa, deben seguirse los procedimientos establecidos y utilizar las herramientas corporativas.

Descargar programas por iniciativa propia también puede generar vulnerabilidades.

La instalación de software debe seguir las políticas de la organización.

- **Dispositivos USB**

Los dispositivos externos pueden facilitar el trabajo, pero también transportar software malicioso o provocar fugas de información.

No deberían conectarse memorias USB desconocidas a equipos corporativos.

Cuando sea necesario utilizar soportes externos debe hacerse conforme a las reglas del centro.

Lo mismo ocurre con discos duros, teléfonos y otros dispositivos.

La comodidad inmediata no debe prevalecer sobre la seguridad.

- **Actualizaciones**

Las actualizaciones de sistemas y aplicaciones no son únicamente cambios estéticos.

Con frecuencia corrigen vulnerabilidades de seguridad.

Por eso, los equipos corporativos deben mantenerse actualizados siguiendo las instrucciones de los responsables técnicos.

Cuando un trabajador recibe avisos oficiales para reiniciar o actualizar un equipo, debería respetar el procedimiento.

Retrasar indefinidamente determinadas actualizaciones puede mantener abiertas vulnerabilidades conocidas.

- **Información sanitaria: especialmente sensible**

La información clínica reúne datos de gran sensibilidad.

Pero un ataque no busca únicamente historias clínicas.

También pueden interesar datos económicos, contraseñas, datos de trabajadores, proveedores o información interna.

La Agencia Española de Protección de Datos mantiene recomendaciones dirigidas tanto a personal sanitario como administrativo sobre el tratamiento seguro de los datos.

Proteger la información no consiste únicamente en evitar que alguien la lea.

También hay que garantizar que permanezca disponible y que no pueda alterarse indebidamente.

- **Ransomware**

El ransomware es un tipo de ataque que puede cifrar o bloquear sistemas para posteriormente exigir un pago.

En un centro sanitario, el impacto puede ser especialmente importante porque numerosos procesos dependen de la disponibilidad inmediata de la información.

ENISA ha identificado el ransomware como una de las principales amenazas que afectan al sector sanitario europeo.

La prevención requiere medidas técnicas, copias de seguridad, actualización de sistemas y segmentación, pero también depende del comportamiento de los usuarios.

Un solo archivo malicioso puede convertirse en el inicio de un incidente de mayor alcance.

- **¿Qué hacer si algo parece extraño?**

Un ordenador que comienza a comportarse de forma anormal, ventanas inesperadas, archivos que dejan de abrirse, mensajes de bloqueo o solicitudes sospechosas deben comunicarse inmediatamente.

No debe esperarse horas para comprobar si el problema desaparece solo.

Tampoco resulta conveniente intentar resolver por cuenta propia un posible incidente si no se tienen conocimientos técnicos.

La rapidez de comunicación puede permitir limitar su propagación.

El trabajador debe conocer cómo contactar con informática o con el canal de incidentes establecido.

- **Ingeniería social**

Los ataques no siempre utilizan tecnología sofisticada.

En ocasiones, el delincuente simplemente llama por teléfono.

Puede presentarse como técnico, proveedor o compañero y solicitar una contraseña, un código recibido en el móvil o información interna.

Esta técnica aprovecha la confianza y la presión.

Nunca debería facilitarse información sensible únicamente porque la persona que llama parece conocer datos de la organización.

La identidad debe verificarse mediante los procedimientos establecidos.

- **Uso personal y profesional**

Los dispositivos corporativos están configurados para desarrollar el trabajo con determinadas medidas de seguridad.

Utilizarlos para descargar programas, acceder a servicios no autorizados o almacenar documentos personales puede aumentar los riesgos.

Del mismo modo, trasladar documentación laboral a correos particulares o servicios de almacenamiento personales puede dejar información fuera de los sistemas protegidos por la organización.

Los canales corporativos deben ser la opción habitual para la información de trabajo.

- **El papel de la Administración pública**

En el ámbito de las Administraciones públicas españolas, el Real Decreto 311/2022 regula el Esquema Nacional de Seguridad y establece principios y requisitos destinados a proteger adecuadamente los sistemas de información y los servicios electrónicos incluidos en su ámbito.

Uno de los principios esenciales es entender la seguridad como un proceso integral.

Eso significa que no se limita al departamento tecnológico.

Abarca personas, procedimientos, organización y tecnología.

- **Formación continua**

Las amenazas evolucionan.

Un curso realizado hace muchos años puede resultar insuficiente ante nuevas formas de fraude.

Por ello, la formación y sensibilización deben actualizarse.

Además, los contenidos deben adaptarse a las tareas.

Un profesional sanitario, un administrativo, un trabajador de mantenimiento y un responsable de almacén pueden utilizar sistemas distintos, pero todos necesitan conocer las reglas esenciales.

- **Todos formamos parte de la seguridad digital**

Una organización puede invertir en cortafuegos, servidores, antivirus y sistemas avanzados, pero seguir siendo vulnerable si sus usuarios entregan una contraseña ante un correo fraudulento.

Esto no significa culpabilizar al trabajador.

Los ataques están diseñados deliberadamente para engañar.

La organización debe proporcionar tecnología segura, procedimientos, formación y canales rápidos de ayuda.

El trabajador, por su parte, debe aplicar las medidas aprendidas y comunicar cualquier sospecha.

Ciberseguridad y actividad asistencial ya no pueden entenderse por separado.

Proteger un sistema informático puede significar proteger una cita, un resultado, un tratamiento, una nómina o una historia clínica.

Por eso, la seguridad digital debe formar parte de la cultura cotidiana de todo el personal sanitario y no sanitario.

- **Bibliografía**

Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad.

Reglamento (UE) 2016/679, Reglamento General de Protección de Datos.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Agencia de la Unión Europea para la Ciberseguridad (ENISA). *Cyber Hygiene in the Health Sector*. 2025.

ENISA. Documentación sobre amenazas y ciberseguridad en el sector sanitario europeo.

Agencia Española de Protección de Datos. Recomendaciones para personal sanitario y administrativo.

Instituto Nacional de Ciberseguridad (INCIBE). Guías y recomendaciones de ciberseguridad para organizaciones y usuarios.

PLANES DE EMERGENCIAS, INCENDIOS Y EVACUACIÓN EN CENTROS DE SALUD: ACTUACIÓN DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Una emergencia puede producirse en cualquier centro de trabajo, pero en un hospital, centro de salud, residencia o establecimiento sociosanitario presenta características especiales.

Un incendio, una fuga, una avería grave, una inundación o cualquier otro incidente puede afectar a trabajadores y usuarios. Además, muchas de las personas presentes pueden tener movilidad reducida, encontrarse encamadas, estar conectadas a equipos o necesitar ayuda para abandonar una zona.

Por ello, saber cómo actuar ante una emergencia no es una función exclusiva de mantenimiento, seguridad o dirección. Médicos, enfermeras, TCAE, celadores, administrativos, limpieza, cocina, técnicos, mantenimiento y servicios generales forman parte de la respuesta.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales obliga a analizar las posibles situaciones de emergencia y a adoptar medidas en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación, además de designar personal formado y disponer de medios adecuados.

- **Conocer el plan antes de necesitarlo**

Una emergencia no es el momento adecuado para descubrir dónde se encuentra una salida o qué significa una alarma.

Los trabajadores deberían conocer previamente las instrucciones esenciales de su centro: sistemas de alarma, vías de evacuación, zonas de seguridad, teléfonos internos, medios de extinción y responsables de la actuación.

En determinados centros sanitarios y residenciales, por sus características, capacidad, altura u ocupación, resulta aplicable además la normativa específica de autoprotección. El Real Decreto 393/2007 contempla expresamente determinados establecimientos sanitarios y residenciales.

Lo importante para el trabajador es conocer el plan concreto implantado en su centro.

- **Detectar y comunicar**

Ante una emergencia, los primeros minutos son decisivos.

Una persona que descubre humo, fuego, una fuga o cualquier situación peligrosa debe saber cómo dar la alarma.

No debe darse por supuesto que “alguien ya habrá avisado”.

Los sistemas internos pueden variar: teléfono, pulsador de alarma, centralita o aviso directo a determinados responsables. Por eso resulta imprescindible conocerlos previamente.

La comunicación debe ser clara: dónde ocurre el incidente, qué está ocurriendo y si existen personas afectadas.

- **Mantener libres las vías de evacuación**

Las vías de evacuación deben permanecer utilizables.

Carros, cajas, camas, mobiliario, equipos o materiales almacenados temporalmente en pasillos pueden convertirse en obstáculos cuando más se necesita circular con rapidez.

El Real Decreto 486/1997 establece que los lugares de trabajo deben estar diseñados de forma que permitan controlar las situaciones de emergencia y posibilitar, cuando sea necesario, una evacuación rápida y segura.

Mantener despejados pasillos y salidas no es una cuestión estética. Es una medida de seguridad.

También deben respetarse las puertas cortafuegos y otros elementos de compartimentación. Bloquearlos puede anular una barrera diseñada para impedir la propagación del humo o el fuego.

- **En un hospital no siempre se evacua igual**

La evacuación sanitaria tiene particularidades.

Trasladar a una persona autónoma no es lo mismo que evacuar a un paciente encamado, una persona con deterioro cognitivo o alguien conectado a equipos.

Por esta razón, los planes suelen contemplar distintas estrategias según el riesgo y las características del edificio.

En determinados supuestos puede resultar más seguro desplazar inicialmente a las personas a otro sector protegido de la misma planta en lugar de conducirlas inmediatamente al exterior. En otros casos puede ser necesaria una evacuación diferente.

El personal debe seguir las instrucciones del plan del centro y de quienes dirigen la emergencia.

Improvisar puede crear más riesgo.

- **Cada profesional tiene un papel**

El personal sanitario puede necesitar preparar o acompañar a pacientes cuya situación clínica requiere especial atención.

Los celadores pueden desempeñar una función fundamental en traslados y movilizaciones.

El personal administrativo puede colaborar orientando a usuarios o facilitando información.

Seguridad puede controlar accesos y mantener despejadas determinadas zonas.

Mantenimiento puede intervenir sobre instalaciones cuando así esté previsto.

Limpieza, cocina y servicios generales también deben conocer sus instrucciones y rutas.

No todos realizan la misma tarea, pero todos necesitan saber qué deben hacer.

- **El peligro del humo**

En un incendio, el humo constituye uno de los principales peligros.

Puede reducir drásticamente la visibilidad, dificultar la respiración y desorientar incluso en zonas conocidas.

Por ello, nunca debe asumirse que un recorrido habitual seguirá siendo seguro durante un incendio.

No deben utilizarse ascensores convencionales durante una evacuación por incendio salvo que el plan y las características técnicas establezcan expresamente otra actuación.

Abrir puertas de forma indiscriminada también puede facilitar la propagación del humo.

Las instrucciones específicas del centro deben prevalecer.

- **Extintores: utilizarlos solo cuando procede**

Los medios de extinción están destinados al control inicial de determinados incendios, pero utilizarlos requiere conocimiento y condiciones seguras.

Un trabajador no debería ponerse en peligro para intentar apagar un fuego.

Si el incendio es importante, existe mucho humo, no se conoce el contenido afectado o no se dispone de una salida segura, la prioridad es avisar y seguir el procedimiento de emergencia.

La formación práctica es especialmente útil porque permite familiarizarse con estos equipos antes de necesitarlos.

- **Personas con necesidades especiales**

Los centros sanitarios concentran población especialmente vulnerable.

Deben tenerse en cuenta personas con movilidad reducida, deterioro cognitivo, problemas sensoriales, niños, pacientes con oxigenoterapia u otros tratamientos, y usuarios que desconocen el edificio.

Por eso, una evacuación no puede basarse exclusivamente en colocar una señal que indique “salida”.

La planificación debe prever cómo ayudar a quienes no pueden evacuar por sí mismos.

- **Simulacros: aprender antes de la emergencia real**

Los simulacros permiten comprobar si el plan funciona.

Sirven para detectar problemas: puertas que no abren correctamente, rutas demasiado estrechas, trabajadores que desconocen los avisos o dificultades para trasladar determinadas personas.

Un simulacro no debería entenderse como una pérdida de tiempo.

Si se analiza adecuadamente, permite detectar errores sin que exista una emergencia real.

Después del ejercicio es importante evaluar qué funcionó y qué debe corregirse.

- **Incorporaciones y personal temporal**

Uno de los puntos débiles de cualquier plan puede ser la rotación de personal.

Una persona que se incorpora hoy a un servicio necesita conocer desde el principio las instrucciones básicas de emergencia.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que la formación preventiva debe ser suficiente y adecuada y adaptarse al puesto y a los riesgos.

No puede presumirse que alguien conoce un edificio simplemente porque tiene experiencia en otro centro.

- **Prevenir antes de evacuar**

La mejor emergencia es aquella que se evita.

Revisar instalaciones, no sobrecargar conexiones eléctricas, comunicar averías, almacenar correctamente productos, respetar las zonas de seguridad y mantener puertas y pasillos despejados son actuaciones preventivas.

Todo trabajador puede detectar una situación peligrosa.

La organización, por su parte, debe garantizar que la comunicación de incidencias produzca una respuesta efectiva.

Un cable deteriorado comunicado y reparado hoy puede evitar una emergencia mañana.

- **Una responsabilidad colectiva**

Los planes de emergencia no están diseñados para permanecer archivados.

Deben ser conocidos, implantados y practicados.

En un centro sanitario, la actuación coordinada resulta especialmente importante porque no todos los ocupantes pueden protegerse por sí mismos.

Personal sanitario y no sanitario forma parte de un mismo sistema de seguridad.

Cada trabajador debe conocer sus funciones, sus límites y la forma de pedir ayuda.

Cuando llega una emergencia no hay tiempo para improvisar la organización.

Por eso, prepararse antes constituye la mejor herramienta para proteger a trabajadores, pacientes, residentes, usuarios y familiares.

- **Bibliografía**

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales, especialmente artículo 20.

Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.

Real Decreto 485/1997, de 14 de abril, sobre señalización de seguridad y salud en el trabajo.

Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección.

Ley 17/2015, de 9 de julio, del Sistema Nacional de Protección Civil.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación técnica sobre medidas de emergencia, evacuación y lucha contra incendios.

PREVENCION DE RIESGOS LABORALES, PSICOSOCIALES Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO: PREVENCIÓN PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

La prevención de riesgos laborales no termina con los accidentes físicos, los agentes biológicos o las posturas forzadas.

La forma en la que se organiza el trabajo también puede influir sobre la salud.

Carga excesiva de trabajo, falta de autonomía, turnos, jornadas prolongadas, instrucciones contradictorias, conflictos entre funciones, violencia, escaso apoyo o dificultad para conciliar la vida laboral y personal son algunos ejemplos de factores que pueden convertirse en riesgos psicosociales.

Estos riesgos afectan tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Un médico, una enfermera o un TCAE pueden sufrir sobrecarga asistencial, pero también puede padecerla quien trabaja en admisión, limpieza, cocina, mantenimiento, lavandería, seguridad, laboratorio o cualquier otro servicio.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales incluye dentro de las condiciones de trabajo aquellas características relacionadas con la organización y ordenación del trabajo que puedan influir en los riesgos a los que se encuentra expuesta una persona.

- **Qué son los riesgos psicosociales**

Los factores psicosociales están relacionados con la organización, el contenido del trabajo y las relaciones laborales.

No todos ellos generan necesariamente un problema. El riesgo aparece cuando determinadas condiciones son inadecuadas y pueden afectar negativamente al bienestar o a la salud.

El INSST ha identificado, entre otros factores relevantes en el ámbito sanitario, las altas demandas psicológicas, baja autonomía, falta de apoyo, turnicidad, prolongación de jornada, sobrecarga, conflicto de rol, falta de reconocimiento y violencia.

Aunque algunos estudios se centren específicamente en profesionales sanitarios, muchos de estos factores son igualmente aplicables al personal no sanitario que trabaja dentro de las mismas organizaciones.

- **Sobrecarga de trabajo**

La sobrecarga puede ser cuantitativa o cualitativa.

Existe carga cuantitativa cuando el volumen de tareas supera razonablemente el tiempo o recursos disponibles.

La carga cualitativa aparece cuando una tarea exige conocimientos, atención o responsabilidad que no se corresponden adecuadamente con la formación, medios o condiciones proporcionadas.

Trabajar durante periodos prolongados bajo presión puede aumentar la fatiga y dificultar la concentración.

En sectores donde un error puede afectar a otras personas, la organización de las cargas de trabajo adquiere una importancia adicional.

La prevención no puede basarse únicamente en decir al trabajador que gestione mejor su tiempo cuando la cantidad de trabajo supera de forma sistemática los recursos disponibles.

- **Trabajo a turnos y nocturno**

Hospitales, residencias y otros servicios funcionan las veinticuatro horas.

Esto exige turnos de mañana, tarde y noche y puede alterar ritmos de sueño y descanso.

El impacto dependerá de las características personales y de la organización concreta de los turnos.

Planificar las rotaciones con criterios preventivos, facilitar descansos adecuados y evitar cambios innecesariamente imprevisibles puede reducir algunos efectos negativos.

La turnicidad afecta tanto a categorías asistenciales como a celadores, seguridad, limpieza, cocina, mantenimiento y otros profesionales.

- **Conflicto y ambigüedad de funciones**

Saber qué corresponde hacer a cada puesto es una medida preventiva.

Cuando dos servicios creen que una misma tarea corresponde al otro, el resultado puede ser conflicto, retraso y tensión.

La ambigüedad de rol aparece cuando la persona no conoce con claridad qué responsabilidades tiene, mientras que el conflicto puede surgir cuando recibe demandas incompatibles.

Las organizaciones deben definir adecuadamente funciones, responsabilidades y canales de decisión.

Esto resulta especialmente importante en equipos multidisciplinares.

Trabajar en equipo no significa que todos tengan que hacer lo mismo, sino que las funciones deben coordinarse.

- **Falta de control sobre el trabajo**

Tener cierto margen razonable para organizar las tareas puede ser positivo.

Cuando cada minuto está determinado externamente, existen interrupciones constantes y la persona no puede decidir el orden de ninguna actividad, puede aumentar la sensación de falta de control.

La autonomía siempre debe ser compatible con los protocolos, la coordinación y la seguridad.

No se trata de eliminar normas, sino de evitar una organización innecesariamente rígida en aquellos aspectos donde sí existe margen.

- **Relaciones y apoyo social**

Un buen entorno laboral no significa ausencia total de desacuerdos.

Los equipos pueden tener opiniones diferentes.

El problema aparece cuando los conflictos se cronifican, existe falta de respeto, aislamiento, hostilidad o ausencia de apoyo.

El apoyo de compañeros y responsables puede actuar como un importante factor protector.

La comunicación interna, reuniones útiles, canales para resolver incidencias y responsables accesibles facilitan el funcionamiento de los equipos.

- **No todo se resuelve con medidas individuales**

Ante los problemas psicosociales es frecuente recomendar ejercicio, descanso o técnicas personales para gestionar el estrés.

Estas herramientas pueden resultar útiles individualmente, pero no sustituyen las obligaciones preventivas de la organización.

Si existe una plantilla insuficiente, cargas mal repartidas, violencia habitual o instrucciones contradictorias, el problema no desaparece porque el trabajador aprenda técnicas de relajación.

La prevención debe actuar sobre las causas organizativas que puedan modificarse.

- **Evaluar para prevenir**

Los riesgos psicosociales deben evaluarse mediante procedimientos adecuados.

La evaluación permite identificar qué factores existen, a qué grupos afectan y qué medidas pueden adoptarse.

No tiene como finalidad realizar un examen psicológico individual de cada trabajador.

Se analiza principalmente cómo está organizado el trabajo.

Una evaluación adecuada requiere participación de trabajadores y debe traducirse posteriormente en medidas.

Realizar cuestionarios y no actuar sobre los resultados reduce la utilidad preventiva.

- **Cambios organizativos**

Los cambios también pueden generar riesgo si se gestionan mal.

Una reorganización de turnos, implantación de nuevas tecnologías, traslado de unidades o modificación de funciones debe acompañarse de información y formación suficientes.

La incertidumbre prolongada puede aumentar la tensión.

Explicar qué cambia, cuándo, por qué y cómo afectará a los puestos favorece una transición más ordenada.

La participación de los trabajadores puede además detectar problemas prácticos antes de implantar definitivamente una modificación.

- **Detectar señales colectivas**

Un aumento de conflictos, absentismo, rotación, errores o quejas puede indicar que existen problemas organizativos.

No siempre habrá una única causa, pero estos indicadores merecen análisis.

También resulta relevante escuchar lo que ocurre en cada servicio.

Los trabajadores conocen de primera mano dificultades que pueden no apreciarse desde otros niveles de la organización.

Los delegados de prevención y los comités de seguridad y salud constituyen mecanismos legales de participación.

- **La salud laboral es colectiva**

Cuidar los riesgos psicosociales no significa convertir cualquier dificultad cotidiana en una enfermedad.

Trabajar implica esfuerzo y pueden existir momentos de mayor presión.

La cuestión preventiva consiste en evitar que las condiciones de trabajo generen exposiciones perjudiciales prolongadas que podrían haberse corregido.

La solución exige combinar medios, organización, liderazgo, planificación y participación.

Un centro puede disponer de tecnología avanzada y protocolos excelentes, pero seguir siendo inseguro si las personas que deben aplicarlos trabajan permanentemente saturadas.

La calidad del servicio y la salud laboral están relacionadas.

Proteger al personal sanitario y no sanitario frente a los riesgos psicosociales es, por tanto, una inversión tanto en las personas como en el funcionamiento de la organización.

- **Bibliografía**

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Síntesis de la evidencia sobre factores de riesgo psicosocial y salud mental en el personal sanitario*. 2025.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación y Notas Técnicas de Prevención sobre factores psicosociales y evaluación psicosocial.

Organización Mundial de la Salud. Documentación técnica sobre salud mental, organización del trabajo y riesgos laborales.

Organización Internacional del Trabajo. Documentación sobre riesgos psicosociales y condiciones de trabajo.

GESTIÓN SEGURA DE RESIDUOS EN CENTROS DE SALUD: UNA RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Los centros sanitarios y sociosanitarios generan diariamente una gran variedad de residuos. Algunos son similares a los producidos en cualquier centro de trabajo, mientras que otros pueden contener material biológico, productos químicos, medicamentos, objetos cortantes o sustancias potencialmente peligrosas.

La gestión adecuada de estos residuos no es responsabilidad exclusiva de enfermería, medicina o del personal de limpieza. En diferentes momentos del proceso pueden intervenir TCAE, técnicos, celadores, personal de laboratorio, limpieza, mantenimiento, cocina, almacén, farmacia, administrativos y otros profesionales.

La Organización Mundial de la Salud estima que aproximadamente el 85 % de los residuos generados por las actividades sanitarias son residuos comunes no peligrosos, mientras que alrededor del 15 % restante puede presentar características peligrosas, ya sean infecciosas, tóxicas, químicas o de otro tipo.

Por eso, separar correctamente desde el lugar donde se genera el residuo constituye una de las medidas más importantes.

- **La separación empieza en el origen**

Un residuo debe depositarse en el recipiente correspondiente desde el momento en que se produce. Corregir posteriormente una separación incorrecta supone un riesgo porque otra persona puede tener que manipular material cuyo contenido desconoce.

La clasificación concreta, los colores, recipientes y circuitos pueden variar conforme a la normativa autonómica y los protocolos internos de cada organización. Por eso, todo trabajador debe conocer el sistema utilizado en su propio centro.

El principio general es sencillo: no todos los residuos son iguales y no todos pueden recibir el mismo tratamiento.

Mezclar residuos comunes con residuos peligrosos aumenta innecesariamente el volumen de material que requiere procedimientos especiales. El error contrario, introducir material de riesgo en una bolsa de residuos convencionales, puede poner en peligro a quienes posteriormente la manipulen.

- **Material cortante y punzante**

Los objetos cortantes y punzantes merecen una consideración especial. Agujas, bisturís, lancetas, determinados vidrios y otros elementos pueden causar lesiones y, si han estado en contacto con material biológico, provocar una exposición potencialmente peligrosa.

Estos objetos deben eliminarse en recipientes homologados, resistentes a perforaciones y situados de manera que sea posible utilizarlos de forma segura.

No deberían dejarse agujas sobre bandejas, camas, carros o superficies esperando que otra persona las retire.

Tampoco debe llenarse un recipiente por encima del nivel establecido. Un contenedor excesivamente lleno puede aumentar el riesgo de pinchazo al introducir nuevos objetos o al transportarlo.

Este punto demuestra claramente por qué la gestión de residuos es transversal. Una eliminación incorrecta realizada inicialmente por una persona puede provocar después una lesión al personal de limpieza, lavandería, transporte o gestión de residuos.

- **Bolsas que nunca deben manipularse a ciegas**

Nunca debe introducirse la mano dentro de una bolsa para comprobar su contenido.

Tampoco resulta seguro comprimir manualmente una bolsa para conseguir que quepan más residuos. Aunque aparentemente contenga solo material convencional, podría haberse depositado por error algún objeto cortante.

Las bolsas y recipientes deben cerrarse siguiendo el procedimiento del centro antes de su transporte.

Si una bolsa presenta una rotura, fuga o contenido sospechoso, debe aplicarse el procedimiento previsto y evitar improvisaciones.

- **Medicamentos y productos químicos**

Los medicamentos caducados, determinados restos farmacológicos, productos citotóxicos, reactivos y sustancias químicas pueden necesitar circuitos específicos.

No deben eliminarse automáticamente por desagües, lavabos o contenedores convencionales.

Los centros deben establecer procedimientos que permitan identificar, almacenar y gestionar estos residuos correctamente. En determinados servicios, como farmacia, laboratorio, anatomía patológica, limpieza o mantenimiento, el conocimiento de estos circuitos resulta especialmente importante.

La normativa general española sobre residuos se articula actualmente, entre otras normas, a través de la Ley 7/2022, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.

Además, cuando existe riesgo biológico para trabajadores, debe tenerse en cuenta la normativa específica de prevención de riesgos laborales.

- **El personal de limpieza: una pieza fundamental**

El personal de limpieza ocupa una posición especialmente relevante en la gestión segura.

Su trabajo no debería consistir en corregir errores de segregación realizados previamente por otros profesionales. Cada trabajador debe eliminar correctamente el residuo que genera.

El personal de limpieza necesita disponer de información, formación, equipos adecuados y procedimientos claros para recoger, trasladar y actuar ante incidencias.

Si se encuentra material cortante fuera del recipiente apropiado, una bolsa dañada o residuos depositados incorrectamente, debe existir un canal para comunicarlo.

Convertir estos errores en algo cotidiano aumenta la probabilidad de accidentes.

- **Transporte interno**

La seguridad continúa después de abandonar la habitación o unidad.

Los residuos deben circular por recorridos y horarios establecidos cuando así lo determine la organización. Los carros o recipientes empleados deben permitir un traslado seguro, evitar fugas y mantenerse en condiciones adecuadas de limpieza.

Los circuitos de residuos deberían evitar interferir, siempre que sea posible, con los circuitos de alimentos, ropa limpia u otros materiales que deban protegerse frente a contaminaciones.

Los lugares destinados al almacenamiento temporal también necesitan condiciones adecuadas de seguridad, acceso y limpieza.

- **¿Qué hacer ante un accidente?**

Una punción accidental, un corte o una salpicadura con material potencialmente biológico requiere una actuación inmediata.

El trabajador debe aplicar las medidas iniciales establecidas y comunicar el accidente conforme al protocolo del centro para que pueda realizarse la valoración correspondiente.

El Real Decreto 664/1997 establece medidas destinadas a proteger a los trabajadores frente a la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

Una de las principales dificultades en estos accidentes es la infranotificación. Pensar que “no ha sido nada” puede impedir valorar adecuadamente un posible riesgo.

Comunicar un accidente no supone exagerarlo. Supone permitir que sea evaluado.

- **Reducir también es prevenir**

La mejor gestión de residuos comienza antes de que el residuo exista.

La OMS considera prioritaria la reducción de la cantidad generada cuando sea posible y compatible con la seguridad. Entre las medidas posibles se encuentran mejorar las compras, reducir embalajes innecesarios, gestionar adecuadamente las existencias y favorecer productos reutilizables cuando resulte seguro y viable.

Esto requiere la participación de compras, almacenes, servicios asistenciales, farmacia, cocina, mantenimiento y gestión.

La sostenibilidad ambiental y la seguridad no tienen por qué ser objetivos contrapuestos. Una gestión adecuada permite proteger simultáneamente a trabajadores, pacientes y medio ambiente.

- **La importancia de la formación**

Una persona puede separar correctamente los residuos únicamente si sabe dónde debe depositarlos.

Por ello, los procedimientos deben ser claros y estar disponibles para todas las categorías profesionales, incluido el personal temporal o de nueva incorporación.

No es suficiente impartir una formación inicial y asumir que el sistema nunca cambia. La introducción de nuevos recipientes, circuitos o productos requiere actualizar la información.

También es importante que los recipientes estén disponibles allí donde se generan los residuos. Un procedimiento técnicamente perfecto puede fracasar si obliga al trabajador a recorrer grandes distancias para encontrar el contenedor correspondiente.

- **Responsabilidad compartida**

La correcta gestión de residuos constituye un excelente ejemplo de seguridad transversal.

El trabajador que genera el residuo debe clasificarlo adecuadamente. Quien lo recoge debe poder hacerlo sin exponerse. Quien lo transporta necesita un circuito seguro. La organización debe proporcionar recipientes, procedimientos, formación y medios. El servicio de prevención debe valorar los riesgos laborales asociados.

No existe una categoría profesional aislada del resto.

Una aguja depositada en el lugar incorrecto puede lesionar a otra persona horas después. Una bolsa mal cerrada puede provocar un derrame en una zona común. Un producto químico eliminado incorrectamente puede generar una exposición.

Por eso, gestionar correctamente los residuos no es simplemente una cuestión de limpieza.

Es prevención de riesgos laborales, prevención de infecciones, seguridad ambiental y calidad sanitaria.

- **Bibliografía**

Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular.

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

Organización Mundial de la Salud. *Desechos de la atención de salud*. Actualización de 24 de octubre de 2024.

Organización Mundial de la Salud. *Safe Management of Wastes from Health-care Activities*.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación técnica sobre exposición a agentes biológicos.

SEGURIDAD E HIGIENE ALIMENTARIA: RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

La alimentación forma parte de la actividad diaria de hospitales, residencias y numerosos centros asistenciales.

Cada día pueden prepararse, transportararse y distribuirse cientos o miles de desayunos, comidas y cenas destinados a personas que, en muchos casos, presentan una especial vulnerabilidad.

Por esta razón, la seguridad alimentaria no afecta únicamente al personal de cocina.

Dietistas, personal sanitario, TCAE, auxiliares, celadores, limpieza, mantenimiento, almacén, hostelería y quienes participan en la distribución o retirada de alimentos pueden intervenir en diferentes fases.

Un error puede afectar a la seguridad microbiológica del alimento, pero también a la dieta prescrita, una alergia o una intolerancia.

La seguridad alimentaria debe considerarse, por tanto, una responsabilidad coordinada.

- **La higiene comienza antes de cocinar**

La seguridad se construye desde la recepción de las materias primas.

Los alimentos deben recibirse en condiciones adecuadas, comprobarse cuando corresponda su temperatura, estado, fecha y condiciones del embalaje y almacenarse conforme a sus características.

El Reglamento (CE) 852/2004 establece normas generales de higiene de los productos alimenticios y otorga especial importancia a la higiene, el mantenimiento, la prevención de contaminaciones y el mantenimiento de la cadena de frío.

Un alimento seguro puede dejar de serlo si posteriormente se conserva a una temperatura inadecuada o entra en contacto con una superficie contaminada.

- **La cadena de frío**

Determinados alimentos necesitan mantenerse dentro de rangos de temperatura específicos.

Romper la cadena de frío puede facilitar la multiplicación de microorganismos.

Por ello, almacenamiento, preparación, transporte y distribución deben estar coordinados.

Si se detecta una cámara con una temperatura incorrecta, no basta con anotarlo: debe existir un procedimiento que determine cómo actuar.

Aquí interviene también mantenimiento. Una avería de un frigorífico puede convertirse rápidamente en un problema de seguridad alimentaria.

La comunicación rápida entre cocina, mantenimiento y responsables resulta esencial.

- **Higiene de manos y ropa**

Las manos pueden actuar como vehículo de microorganismos.

Toda persona que manipule alimentos debe mantener una higiene adecuada y utilizar la vestimenta correspondiente.

El Reglamento 852/2004 exige un elevado grado de limpieza personal en las zonas de manipulación y establece medidas respecto de enfermedades o síntomas que puedan suponer riesgo de contaminación.

Los guantes, cuando estén indicados, no sustituyen la higiene de manos.

Tocar teléfonos, pomos o superficies contaminadas y continuar manipulando alimentos con los mismos guantes puede trasladar microorganismos igual que hacerlo con las manos.

- **Evitar la contaminación cruzada**

La contaminación cruzada ocurre cuando microorganismos o sustancias pasan de un alimento, utensilio o superficie a otro alimento.

Separar alimentos crudos y preparados, utilizar correctamente tablas y utensilios, limpiar las superficies y organizar los circuitos son medidas básicas.

También debe tenerse en cuenta la contaminación por alérgenos.

Una pequeña cantidad de un alimento puede ser suficiente para provocar una reacción grave en determinadas personas.

Por ello, las dietas especiales requieren procedimientos rigurosos de preparación, identificación y distribución.

- **La bandeja correcta para la persona correcta**

En los centros sanitarios, la seguridad alimentaria tiene una dimensión adicional: la dieta.

Una comida perfectamente elaborada puede resultar insegura si se entrega al paciente equivocado.

Una persona puede necesitar dieta triturada, diabética, baja en determinados nutrientes, sin un alérgeno concreto o una adaptación prescrita por razones clínicas.

La identificación debe mantenerse durante todo el circuito.

Cocina necesita recibir información correcta. Quien prepara debe seguirla. Quien transporta tiene que conservar la identificación. Quien distribuye debe comprobar que la bandeja corresponde a la persona adecuada.

La seguridad depende de toda la cadena.

- **Alergias e intolerancias**

Las alergias alimentarias requieren especial precaución.

No basta con retirar del plato el alimento visible si previamente ha existido contacto o contaminación.

Deben seguirse los procedimientos específicos del centro.

Además, la información debe ser clara y accesible para quienes realmente la necesitan.

Un error de transcripción, una etiqueta mal colocada o una bandeja intercambiada puede tener consecuencias importantes.

Por eso, cuando existe duda sobre una dieta especial, la actuación correcta es detener el proceso y verificar.

- **Transporte dentro del centro**

Desde que la comida sale de cocina hasta que llega al usuario pueden transcurrir diferentes etapas.

Los carros deben permitir mantener las condiciones de higiene y temperatura previstas.

Deben mantenerse limpios y en buen estado.

Los circuitos deben organizarse para evitar contaminaciones innecesarias.

El personal que distribuye las bandejas necesita conocer las medidas básicas de higiene aunque no haya participado en la elaboración.

La seguridad no termina en la puerta de la cocina.

- **Retirada de bandejas y residuos**

Después de comer comienza otro circuito.

Las bandejas utilizadas, vajilla y residuos regresan a zonas de lavado o eliminación.

Debe evitarse que el circuito sucio contamine áreas limpias.

La limpieza y desinfección de vajilla, utensilios, superficies y equipos deben realizarse con procedimientos establecidos.

Una avería en un lavavajillas industrial o tren de lavado no es únicamente un inconveniente técnico. Puede afectar a la capacidad de garantizar una correcta higienización.

Estas incidencias deben valorarse y resolverse con criterios de seguridad.

- **El papel de limpieza y mantenimiento**

Las superficies de cocina y distribución deben conservarse en condiciones adecuadas.

El personal de limpieza necesita productos, métodos y frecuencias definidos.

Mantenimiento debe garantizar que cámaras, equipos de cocción, extracción, lavado, agua y otras instalaciones funcionen correctamente.

Una superficie deteriorada que no puede limpiarse adecuadamente también puede convertirse en un problema higiénico.

La seguridad alimentaria exige instalaciones que permitan trabajar correctamente.

- **El sistema APPCC**

La normativa europea contempla procedimientos basados en los principios del Análisis de Peligros y Puntos de Control Crítico, conocido como APPCC.

Su filosofía consiste en identificar peligros y establecer controles antes de que aparezca un problema.

No se trata simplemente de analizar el alimento terminado.

Es preferible prevenir una contaminación que descubrirla después de que la comida ya haya sido distribuida.

Por ello, registros de temperatura, limpieza, recepción, incidencias y otros controles forman parte de un sistema preventivo.

- **Formación para todos los implicados**

La formación debe adecuarse al puesto.

Quien cocina necesita conocimientos distintos de quien únicamente distribuye bandejas, pero ambos deben conocer las medidas que afectan a sus tareas.

Lo mismo ocurre con mantenimiento, limpieza y almacén.

Una cultura de seguridad alimentaria se consigue cuando cada profesional comprende cómo su trabajo influye en el resultado final.

- **Una cadena en la que todos cuentan**

En un hospital o residencia, alimentar a una persona es también cuidarla.

La seguridad de una comida depende de quienes compran, reciben, almacenan, cocinan, limpian, mantienen las instalaciones, prescriben dietas, registran alergias, transportan y distribuyen.

No existe una división absoluta entre trabajo sanitario y no sanitario.

Todos participan desde funciones diferentes.

La seguridad alimentaria se consigue cuando cada eslabón funciona y la comunicación entre ellos es eficaz.

Porque tan importante como elaborar una dieta correctamente es conseguir que llegue, en condiciones seguras, a la persona correcta.

- **Bibliografía**

Reglamento (CE) n.º 852/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 29 de abril de 2004, relativo a la higiene de los productos alimenticios.

Reglamento (UE) n.º 1169/2011 del Parlamento Europeo y del Consejo, sobre la información alimentaria facilitada al consumidor.

Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). Documentación sobre higiene y seguridad alimentaria.

Organización Mundial de la Salud. Documentación sobre inocuidad de los alimentos.

Ministerio de Sanidad. Documentación sobre seguridad alimentaria y salud pública.

Codex Alimentarius. *Principios generales de higiene de los alimentos y sistema APPCC*.

Gestión de reclamaciones y sugerencias: papel del Auxiliar Administrativo sanitario en la mejora de la calidad

Resumen

Las reclamaciones, quejas y sugerencias constituyen una fuente de información relevante para conocer la experiencia de los usuarios e identificar posibles áreas de mejora en las organizaciones sanitarias. El Auxiliar Administrativo sanitario mantiene un contacto directo con la ciudadanía y puede participar en la información, recepción, registro y tramitación de estas comunicaciones conforme a los procedimientos establecidos. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la adecuada gestión de reclamaciones y sugerencias y describir la función del Auxiliar Administrativo dentro de este proceso. Se realizó una revisión narrativa de normativa sanitaria y administrativa relacionada con los derechos de los ciudadanos y la calidad de los servicios públicos. Los resultados muestran que la accesibilidad de los canales de reclamación, la correcta información al usuario, el registro adecuado, la confidencialidad y la derivación al órgano competente son aspectos fundamentales. Asimismo, el análisis agregado de reclamaciones puede permitir detectar problemas recurrentes. Se concluye que el Auxiliar Administrativo desempeña una función relevante como punto de contacto entre el usuario y la organización y que una gestión profesional de las reclamaciones puede contribuir a la mejora de la calidad.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; reclamaciones; sugerencias; atención al usuario; calidad sanitaria; administración sanitaria.

Introducción

La relación de los ciudadanos con el sistema sanitario no siempre se desarrolla de acuerdo con sus expectativas. Pueden producirse desacuerdos relacionados con la atención recibida, dificultades administrativas, problemas de información, tiempos de espera u otras circunstancias.

Las organizaciones sanitarias disponen de procedimientos para que los usuarios puedan formular reclamaciones, quejas o sugerencias. Estos mecanismos

permiten ejercer derechos y, al mismo tiempo, proporcionan información que puede ser utilizada para mejorar los servicios.

El Auxiliar Administrativo sanitario puede constituir uno de los primeros profesionales a los que se dirige una persona que desea presentar una reclamación. Su función no consiste necesariamente en resolver el fondo del asunto, sino en informar sobre los canales existentes y tramitar la documentación conforme al procedimiento correspondiente.

La actitud del profesional durante este primer contacto también resulta importante. Una persona que presenta una reclamación puede encontrarse enfadada o frustrada, por lo que la comunicación debe mantenerse dentro de criterios de respeto y profesionalidad.

El objetivo del presente trabajo es analizar el papel del Auxiliar Administrativo sanitario en la gestión de reclamaciones y sugerencias y su posible contribución a la mejora de los servicios.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de legislación sanitaria y administrativa relacionada con los derechos de los ciudadanos, información sanitaria y funcionamiento de los servicios públicos.

La información fue clasificada en cuatro áreas: información al usuario, recepción y registro, confidencialidad y utilización de las reclamaciones como instrumento de mejora.

No se analizaron reclamaciones reales ni se utilizaron datos personales.

Resultados

La revisión permite identificar la información clara como primer elemento relevante. El usuario debe conocer los canales disponibles para formular su reclamación o sugerencia conforme a los procedimientos de la organización.

El Auxiliar Administrativo debe evitar entrar en discusiones sobre el contenido de la reclamación y centrarse en facilitar la tramitación correspondiente.

El registro correcto es otro aspecto fundamental. La documentación debe remitirse al órgano o unidad responsable siguiendo el circuito establecido.

La confidencialidad debe mantenerse durante todo el procedimiento, especialmente cuando la reclamación contiene datos personales o información relacionada con la salud.

También se observa que las reclamaciones pueden aportar información sobre problemas organizativos recurrentes. Cuando diferentes usuarios manifiestan dificultades similares, su análisis agregado puede ayudar a detectar necesidades de mejora.

Las sugerencias, por su parte, permiten que la ciudadanía aporte propuestas que pueden ser valoradas por la organización.

Discusión

Una reclamación no debe interpretarse automáticamente como un ataque al trabajador que la recibe. El Auxiliar Administrativo puede actuar como facilitador del procedimiento sin asumir responsabilidades que correspondan a otras unidades.

La escucha profesional resulta especialmente importante. En ocasiones, permitir que el usuario explique su situación y proporcionarle información clara sobre el procedimiento puede reducir la tensión.

Sin embargo, escuchar no significa prometer resultados ni emitir valoraciones sobre cuestiones que se encuentran fuera de las competencias administrativas.

Desde el punto de vista organizativo, limitarse a responder individualmente a cada reclamación puede desaprovechar información valiosa. La clasificación y análisis de las causas permite identificar patrones.

Por tanto, las reclamaciones pueden cumplir una doble función: garantizar un canal de participación para el ciudadano y proporcionar información para la mejora continua.

Conclusiones

Las reclamaciones y sugerencias constituyen mecanismos relevantes de participación de los usuarios en los servicios sanitarios.

El Auxiliar Administrativo sanitario puede participar en la información, recepción, registro y tramitación conforme a los procedimientos establecidos.

La atención debe mantenerse profesional incluso cuando el usuario manifiesta enfado o desacuerdo.

La confidencialidad es fundamental durante todo el proceso.

El análisis sistemático de las reclamaciones puede contribuir a identificar problemas y oportunidades de mejora en las organizaciones sanitarias.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2015). *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Boletín Oficial del Estado, 236.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Accesibilidad y atención a personas con discapacidad: funciones del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La accesibilidad constituye un requisito fundamental para garantizar que todas las personas puedan utilizar los servicios sanitarios en condiciones adecuadas. Las barreras no son exclusivamente arquitectónicas, ya que también pueden existir dificultades comunicativas, sensoriales, cognitivas o tecnológicas. El Auxiliar Administrativo sanitario mantiene un contacto frecuente con los usuarios durante procesos de información, admisión y citación, lo que le sitúa en una posición relevante para favorecer una atención accesible. El objetivo de este trabajo es analizar las principales barreras que pueden afectar a las personas con discapacidad durante los procedimientos administrativos sanitarios y describir actuaciones que faciliten su atención. Se realizó una revisión narrativa de normativa española relacionada con discapacidad, autonomía del paciente y accesibilidad. Los resultados muestran la importancia de utilizar información comprensible, evitar barreras comunicativas, respetar la autonomía del usuario y conocer los recursos disponibles. Se concluye que la accesibilidad debe incorporarse de forma transversal a la actividad del Auxiliar Administrativo y que pequeñas adaptaciones pueden facilitar significativamente la relación del ciudadano con el sistema sanitario.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; discapacidad; accesibilidad; atención sanitaria; comunicación; igualdad.

Introducción

La atención sanitaria debe ser accesible para personas con diferentes capacidades y necesidades.

Tradicionalmente, el concepto de accesibilidad se asociaba principalmente con la eliminación de barreras físicas. Sin embargo, actualmente comprende también aspectos relacionados con la comunicación, información, tecnología y comprensión de los procedimientos.

Una persona con discapacidad visual puede encontrar dificultades para acceder a determinada información escrita. Una persona con discapacidad auditiva puede necesitar canales alternativos de comunicación. Asimismo, determinadas personas con discapacidad intelectual pueden requerir explicaciones adaptadas.

El Auxiliar Administrativo sanitario interviene en numerosas situaciones en las que estas barreras pueden manifestarse: admisión, orientación dentro del centro, citación, entrega de documentación o utilización de servicios electrónicos.

La actuación profesional debe respetar la autonomía y dignidad del usuario, evitando asumir automáticamente que necesita ayuda o dirigirse exclusivamente a su acompañante.

El objetivo de este trabajo es analizar la contribución del Auxiliar Administrativo sanitario a una atención accesible e inclusiva.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación española relacionada con discapacidad, accesibilidad, autonomía del paciente e igualdad.

Se analizaron las principales barreras aplicables a la atención administrativa sanitaria y las medidas generales que pueden facilitar la comunicación.

Los resultados fueron agrupados en accesibilidad física, sensorial, comunicativa, cognitiva y digital.

Resultados

La revisión muestra que la accesibilidad debe contemplarse desde diferentes perspectivas.

En relación con la comunicación, el personal administrativo debe procurar utilizar un lenguaje claro y adaptar el ritmo de la explicación cuando resulte necesario.

En personas con dificultades auditivas, deben utilizarse los recursos disponibles en la organización y procurar que la comunicación pueda realizarse de forma efectiva.

En usuarios con dificultades visuales, la orientación verbal y la disponibilidad de formatos accesibles pueden facilitar determinados trámites.

Un aspecto especialmente importante es la autonomía. La existencia de un acompañante no significa que deba ignorarse al paciente. Siempre que sea posible, la comunicación debe dirigirse directamente a la persona interesada.

La digitalización puede introducir nuevas barreras. Determinados usuarios pueden encontrar dificultades para manejar aplicaciones, sistemas de cita electrónica o mecanismos de identificación digital.

Por último, los espacios de atención deben permitir, en la medida de lo posible, una interacción compatible con las necesidades de movilidad y privacidad.

Discusión

La accesibilidad no debe considerarse una atención excepcional, sino un componente de la calidad del servicio.

Muchas adaptaciones dependen de decisiones organizativas, pero el comportamiento del profesional también puede facilitar o dificultar la interacción.

Resulta importante evitar actitudes paternalistas. Una discapacidad no determina por sí sola la capacidad de una persona para comprender o tomar decisiones.

El Auxiliar Administrativo debe preguntar o identificar qué tipo de apoyo necesita el usuario en lugar de presuponerlo.

La formación en atención a la diversidad puede ayudar a los profesionales a afrontar estas situaciones con mayor seguridad.

Asimismo, los servicios digitales deberían diseñarse siguiendo criterios de accesibilidad, manteniendo alternativas cuando existan ciudadanos que no puedan utilizarlos adecuadamente.

Conclusiones

La accesibilidad constituye un componente esencial de la calidad de los servicios sanitarios.

El Auxiliar Administrativo mantiene contacto directo con personas que pueden presentar diferentes necesidades de comunicación o acceso.

La atención debe respetar la autonomía y dignidad de la persona con discapacidad.

La comunicación clara y la utilización de recursos accesibles pueden facilitar los procedimientos administrativos.

La transformación digital debe evitar generar nuevas formas de exclusión.

La formación del personal administrativo contribuye a ofrecer una atención más inclusiva y equitativa.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Boletín Oficial del Estado, 289.

España. (2023). *Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público*. Boletín Oficial del Estado.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. World Health Organization.

Gestión administrativa del ingreso y alta hospitalaria: papel del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

El ingreso y el alta hospitalaria requieren una adecuada coordinación entre los procesos asistenciales y administrativos. La identificación del paciente, registro de información, gestión de documentación y coordinación con diferentes

unidades constituyen actuaciones necesarias para garantizar el correcto funcionamiento del circuito hospitalario. El Auxiliar Administrativo sanitario participa en diferentes fases de estos procesos dentro de las competencias y procedimientos establecidos por cada organización. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la gestión administrativa durante el ingreso y alta hospitalaria y describir las principales actuaciones relacionadas con esta categoría profesional. Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre documentación clínica, autonomía del paciente y organización sanitaria. Los resultados muestran la importancia de una identificación correcta, actualización de datos, confidencialidad y coordinación entre unidades. La calidad del registro administrativo puede influir sobre la continuidad de los procesos posteriores. Se concluye que el Auxiliar Administrativo constituye una figura relevante en la organización de los circuitos de ingreso y alta y que su actuación debe combinar eficiencia, seguridad y respeto a los derechos del paciente.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; ingreso hospitalario; alta hospitalaria; admisión; documentación sanitaria; gestión sanitaria.

Introducción

El ingreso hospitalario representa un proceso complejo en el que participan diferentes categorías profesionales.

Además de la atención clínica, es necesario realizar actuaciones administrativas que permitan identificar correctamente al paciente, registrar el episodio y gestionar la documentación asociada.

El servicio de admisión constituye un elemento fundamental dentro de esta estructura. El Auxiliar Administrativo puede participar en la recepción del paciente, comprobación de datos y realización de los trámites establecidos.

El alta también requiere actuaciones administrativas relacionadas con la finalización del episodio y la gestión de determinada documentación, siempre respetando las competencias de cada profesional.

La correcta coordinación resulta esencial. Un error en los datos identificativos puede afectar a procedimientos posteriores, mientras que una comunicación deficiente entre unidades puede generar retrasos.

El objetivo de este trabajo es analizar las principales funciones administrativas asociadas al ingreso y alta y la participación del Auxiliar Administrativo sanitario.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación y documentación institucional relacionada con autonomía del paciente, documentación clínica y organización sanitaria.

La información fue organizada según cuatro fases: identificación, registro, coordinación y finalización administrativa del episodio.

No se utilizaron historias clínicas ni información identificativa de pacientes.

Resultados

La identificación correcta constituye una de las primeras actuaciones del proceso de ingreso. Los datos deben comprobarse siguiendo los procedimientos establecidos.

La actualización de información administrativa resulta igualmente relevante. Los datos incorrectos pueden dificultar posteriores comunicaciones o trámites.

La confidencialidad debe mantenerse durante toda la atención. Los puestos de admisión manejan información personal y deben evitar exposiciones innecesarias delante de otros usuarios.

La coordinación entre unidades constituye otro elemento fundamental. El proceso de hospitalización puede implicar diferentes servicios que necesitan información administrativa actualizada.

En el momento del alta, el Auxiliar Administrativo puede participar en los trámites que correspondan a su unidad, diferenciando claramente las actuaciones administrativas de las decisiones clínicas, que pertenecen a los profesionales competentes.

La correcta finalización de los registros contribuye a mantener la coherencia de la información institucional.

Discusión

Los procesos de ingreso y alta muestran claramente la interdependencia entre actividad asistencial y administrativa.

El Auxiliar Administrativo no decide el ingreso ni el alta clínica, pero desarrolla actuaciones necesarias para que estos procesos puedan registrarse y gestionarse correctamente.

La delimitación de competencias es especialmente importante. El paciente puede realizar preguntas sobre decisiones médicas que el administrativo debe derivar al profesional correspondiente.

Asimismo, la presión asistencial no debería reducir los controles de identificación. Los procedimientos sistemáticos disminuyen la posibilidad de errores.

La digitalización facilita el intercambio de información entre unidades, pero también exige mantener medidas adecuadas de seguridad y control de accesos.

Conclusiones

El ingreso y el alta hospitalaria requieren una adecuada coordinación administrativa y asistencial.

El Auxiliar Administrativo sanitario participa en procesos esenciales de identificación, registro y gestión documental.

La comprobación correcta de los datos contribuye a la seguridad del paciente.

La confidencialidad debe mantenerse durante todas las actuaciones administrativas.

La coordinación entre unidades facilita la continuidad de los procesos.

La delimitación de competencias permite diferenciar claramente las actuaciones administrativas de las decisiones clínicas.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Gestión administrativa del ingreso y alta hospitalaria: papel del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

El ingreso y el alta hospitalaria requieren una adecuada coordinación entre los procesos asistenciales y administrativos. La identificación del paciente, registro de información, gestión de documentación y coordinación con diferentes unidades constituyen actuaciones necesarias para garantizar el correcto funcionamiento del circuito hospitalario. El Auxiliar Administrativo sanitario participa en diferentes fases de estos procesos dentro de las competencias y procedimientos establecidos por cada organización. El objetivo de este trabajo

es analizar la importancia de la gestión administrativa durante el ingreso y alta hospitalaria y describir las principales actuaciones relacionadas con esta categoría profesional. Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre documentación clínica, autonomía del paciente y organización sanitaria. Los resultados muestran la importancia de una identificación correcta, actualización de datos, confidencialidad y coordinación entre unidades. La calidad del registro administrativo puede influir sobre la continuidad de los procesos posteriores. Se concluye que el Auxiliar Administrativo constituye una figura relevante en la organización de los circuitos de ingreso y alta y que su actuación debe combinar eficiencia, seguridad y respeto a los derechos del paciente.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; ingreso hospitalario; alta hospitalaria; admisión; documentación sanitaria; gestión sanitaria.

Introducción

El ingreso hospitalario representa un proceso complejo en el que participan diferentes categorías profesionales.

Además de la atención clínica, es necesario realizar actuaciones administrativas que permitan identificar correctamente al paciente, registrar el episodio y gestionar la documentación asociada.

El servicio de admisión constituye un elemento fundamental dentro de esta estructura. El Auxiliar Administrativo puede participar en la recepción del paciente, comprobación de datos y realización de los trámites establecidos.

El alta también requiere actuaciones administrativas relacionadas con la finalización del episodio y la gestión de determinada documentación, siempre respetando las competencias de cada profesional.

La correcta coordinación resulta esencial. Un error en los datos identificativos puede afectar a procedimientos posteriores, mientras que una comunicación deficiente entre unidades puede generar retrasos.

El objetivo de este trabajo es analizar las principales funciones administrativas asociadas al ingreso y alta y la participación del Auxiliar Administrativo sanitario.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación y documentación institucional relacionada con autonomía del paciente, documentación clínica y organización sanitaria.

La información fue organizada según cuatro fases: identificación, registro, coordinación y finalización administrativa del episodio.

No se utilizaron historias clínicas ni información identificativa de pacientes.

Resultados

La identificación correcta constituye una de las primeras actuaciones del proceso de ingreso. Los datos deben comprobarse siguiendo los procedimientos establecidos.

La actualización de información administrativa resulta igualmente relevante. Los datos incorrectos pueden dificultar posteriores comunicaciones o trámites.

La confidencialidad debe mantenerse durante toda la atención. Los puestos de admisión manejan información personal y deben evitar exposiciones innecesarias delante de otros usuarios.

La coordinación entre unidades constituye otro elemento fundamental. El proceso de hospitalización puede implicar diferentes servicios que necesitan información administrativa actualizada.

En el momento del alta, el Auxiliar Administrativo puede participar en los trámites que correspondan a su unidad, diferenciando claramente las actuaciones administrativas de las decisiones clínicas, que pertenecen a los profesionales competentes.

La correcta finalización de los registros contribuye a mantener la coherencia de la información institucional.

Discusión

Los procesos de ingreso y alta muestran claramente la interdependencia entre actividad asistencial y administrativa.

El Auxiliar Administrativo no decide el ingreso ni el alta clínica, pero desarrolla actuaciones necesarias para que estos procesos puedan registrarse y gestionarse correctamente.

La delimitación de competencias es especialmente importante. El paciente puede realizar preguntas sobre decisiones médicas que el administrativo debe derivar al profesional correspondiente.

Asimismo, la presión asistencial no debería reducir los controles de identificación. Los procedimientos sistemáticos disminuyen la posibilidad de errores.

La digitalización facilita el intercambio de información entre unidades, pero también exige mantener medidas adecuadas de seguridad y control de accesos.

Conclusiones

El ingreso y el alta hospitalaria requieren una adecuada coordinación administrativa y asistencial.

El Auxiliar Administrativo sanitario participa en procesos esenciales de identificación, registro y gestión documental.

La comprobación correcta de los datos contribuye a la seguridad del paciente.

La confidencialidad debe mantenerse durante todas las actuaciones administrativas.

La coordinación entre unidades facilita la continuidad de los procesos.

La delimitación de competencias permite diferenciar claramente las actuaciones administrativas de las decisiones clínicas.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Sostenibilidad y reducción del uso de papel en la actividad del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La sostenibilidad ambiental se ha convertido en un objetivo relevante para las organizaciones sanitarias. Aunque gran parte del impacto ambiental del sector está relacionado con la actividad asistencial, los procesos administrativos también consumen papel, energía y otros recursos. La transformación digital ofrece oportunidades para reducir determinados consumos, pero debe implantarse manteniendo la seguridad, accesibilidad y correcta gestión documental. El objetivo de este trabajo es analizar la contribución potencial del Auxiliar Administrativo sanitario a prácticas administrativas más sostenibles. Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre administración electrónica y documentación sanitaria, junto con documentación institucional sobre sostenibilidad. Los resultados identifican la reducción de impresiones innecesarias, utilización responsable de equipos, digitalización de procedimientos y correcta gestión de residuos como posibles áreas de actuación.

Sin embargo, la eliminación indiscriminada del papel no siempre es apropiada y debe respetar los requisitos documentales y las necesidades de los usuarios. Se concluye que el Auxiliar Administrativo puede contribuir a la sostenibilidad mediante buenas prácticas integradas en los procedimientos de la organización.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; sostenibilidad; sanidad; digitalización; papel; gestión ambiental.

Introducción

El sector sanitario necesita recursos materiales y energéticos para desarrollar su actividad. La preocupación por su impacto ambiental ha impulsado estrategias orientadas hacia modelos más sostenibles.

Las áreas administrativas también pueden participar en estos objetivos. Documentos impresos, consumibles, equipos informáticos y almacenamiento forman parte de su actividad cotidiana.

La transformación digital ha permitido sustituir determinados procedimientos basados en papel por sistemas electrónicos. Sin embargo, digitalizar no significa automáticamente eliminar cualquier documento físico.

Los requisitos legales, las características del procedimiento y las necesidades de accesibilidad deben determinar qué soporte resulta adecuado.

El Auxiliar Administrativo sanitario puede contribuir mediante actuaciones cotidianas como evitar duplicidades de impresión, utilizar los sistemas electrónicos establecidos y gestionar correctamente los documentos.

El objetivo de este trabajo es analizar las posibilidades de incorporar criterios de sostenibilidad a la actividad administrativa sanitaria.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre procedimiento administrativo electrónico, documentación sanitaria y estrategias institucionales relacionadas con digitalización y sostenibilidad.

La información se clasificó en cuatro áreas: reducción del consumo de papel, utilización de herramientas digitales, eficiencia en el uso de recursos y accesibilidad.

El estudio no realizó mediciones de consumo ni estimaciones de ahorro económico o ambiental.

Resultados

La revisión identifica la digitalización de procedimientos como una oportunidad para reducir determinadas impresiones y movimientos físicos de documentación.

El uso de documentos electrónicos facilita también la consulta simultánea y puede reducir duplicidades.

Sin embargo, imprimir documentos electrónicos de manera sistemática puede disminuir parte de estas ventajas. Por ello, las impresiones deberían responder a una necesidad real o a los procedimientos establecidos.

El uso responsable de los equipos constituye otra posible actuación. Las medidas organizativas de ahorro energético y correcta gestión de consumibles pueden contribuir a reducir el impacto.

La gestión segura de documentación confidencial continúa siendo prioritaria. Un documento sanitario no puede reutilizarse o desecharse de cualquier forma por motivos ambientales si ello compromete datos personales.

Finalmente, la accesibilidad debe tenerse en cuenta. La sustitución de todos los canales tradicionales por medios digitales puede dificultar el acceso de determinadas personas.

Discusión

La sostenibilidad administrativa debe buscar un equilibrio entre eficiencia ambiental, seguridad y accesibilidad.

Reducir papel puede resultar positivo, pero no debe convertirse en un objetivo aislado que dificulte la atención al ciudadano.

Asimismo, los sistemas digitales también requieren energía, infraestructuras y dispositivos, por lo que la digitalización no debe presentarse como una actividad completamente carente de impacto ambiental.

El Auxiliar Administrativo puede contribuir principalmente aplicando correctamente los procedimientos diseñados por la organización y evitando consumos innecesarios.

Las iniciativas más eficaces son aquellas integradas en políticas institucionales y acompañadas de formación.

Conclusiones

La actividad administrativa sanitaria puede contribuir a los objetivos de sostenibilidad de las organizaciones.

La digitalización permite reducir determinados procesos basados en papel.

El Auxiliar Administrativo puede evitar impresiones innecesarias y utilizar responsablemente los recursos disponibles.

La protección de datos debe mantenerse por encima de cualquier iniciativa de reutilización o eliminación documental.

La accesibilidad de los ciudadanos debe considerarse antes de sustituir completamente un procedimiento tradicional por uno digital.

La sostenibilidad administrativa requiere combinar criterios ambientales, organizativos, tecnológicos y sociales.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2015). *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Boletín Oficial del Estado, 236.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities*. World Health Organization.

COMUNICACIÓN EFECTIVA Y HABILIDADES SOCIALES EN EL ENTORNO SANITARIO: HERRAMIENTAS PARA EL PERSONAL NO SANITARIO DEL SESPA

Introducción

La comunicación constituye una herramienta fundamental en cualquier organización y adquiere especial importancia en el ámbito sanitario, donde las personas usuarias pueden encontrarse en situaciones de preocupación, incertidumbre o vulnerabilidad. Una comunicación adecuada facilita la comprensión de la información, mejora la relación entre profesionales y ciudadanía y contribuye a ofrecer una atención de calidad.

El personal no sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) mantiene un contacto directo con pacientes, familiares y usuarios en diferentes momentos del proceso asistencial. La recepción, información, orientación y gestión administrativa requieren no solo conocimientos técnicos, sino también habilidades sociales que permitan establecer relaciones basadas en el respeto, la empatía y la confianza.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva sobre comunicación efectiva, habilidades sociales y atención a la ciudadanía en el ámbito sanitario. Se consultaron fuentes institucionales, publicaciones especializadas y documentación relacionada con comunicación interpersonal, calidad de los servicios públicos y atención centrada en las personas.

Se analizaron especialmente las competencias comunicativas aplicables al personal no sanitario, incluyendo escucha activa, empatía, comunicación verbal y no verbal, asertividad, gestión emocional y prevención de malentendidos y conflictos.

Resultados

La comunicación efectiva requiere transmitir la información de manera clara, precisa, comprensible y adaptada a las características de cada persona. El personal no sanitario debe evitar tecnicismos innecesarios y comprobar que la información facilitada ha sido entendida correctamente, respetando siempre los límites de sus competencias profesionales.

La escucha activa constituye una de las principales habilidades sociales. Implica prestar atención a la persona, evitar interrupciones, mostrar interés y permitir que exprese sus necesidades. Esta actitud favorece la confianza y facilita la identificación de las demandas de los usuarios.

La empatía permite comprender las emociones y circunstancias de otras personas sin realizar juicios de valor. En el entorno sanitario, una actitud empática puede resultar especialmente importante cuando se atiende a personas preocupadas, enfadadas o con dificultades para desenvolverse dentro del sistema sanitario.

La comunicación no verbal también desempeña un papel relevante. La expresión facial, el tono de voz, la postura corporal y el contacto visual pueden reforzar o dificultar el mensaje verbal.

Mantener una actitud profesional, tranquila y respetuosa ayuda a generar un clima de confianza.

La asertividad permite expresar información, límites y decisiones de forma firme pero respetuosa. Esta habilidad resulta especialmente útil ante situaciones de desacuerdo o tensión. El profesional debe evitar tanto las respuestas excesivamente pasivas como las actitudes agresivas.

Por otra parte, una comunicación adecuada contribuye a prevenir conflictos. Explicar los procedimientos, tiempos de espera y alternativas disponibles de forma comprensible puede reducir malentendidos y expectativas incorrectas. Ante situaciones difíciles, mantener la calma, escuchar y solicitar apoyo cuando sea necesario son estrategias fundamentales.

Conclusiones

La comunicación efectiva y las habilidades sociales son competencias esenciales para el personal no sanitario del SESPA. Una atención basada en la escucha activa, la empatía, la asertividad y el respeto facilita la relación con pacientes y familiares y contribuye a mejorar la calidad del servicio.

La formación continuada en habilidades comunicativas permite afrontar con mayor seguridad situaciones habituales de atención a la ciudadanía y prevenir conflictos derivados de problemas de comunicación. Por ello, desarrollar estas competencias debe considerarse una parte importante de la formación del personal no sanitario.

Una comunicación profesional, clara e inclusiva favorece una atención más humana y accesible y contribuye a fortalecer la confianza de la ciudadanía en el sistema sanitario público.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en las personas*. Ginebra: OMS.

2. Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

3. España. Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas. *Boletín Oficial del Estado*.

4. España. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. *Boletín Oficial del Estado*.

5. Principado de Asturias. *Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)*. Gobierno del Principado de Asturias.

6. Organización Mundial de la Salud. *Calidad de la atención: seguridad, eficacia y atención centrada en las personas*. Ginebra: OMS.

IGUALDAD DE GÉNERO Y PREVENCIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL ÁMBITO SANITARIO: ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO DEL SESPA

Introducción

La igualdad entre mujeres y hombres constituye un principio fundamental de las sociedades democráticas y una responsabilidad compartida por las instituciones públicas. En el ámbito sanitario, la incorporación de la perspectiva de género resulta especialmente relevante, ya que permite identificar y prevenir situaciones de discriminación, desigualdad y violencia de género. El personal no sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), por su contacto directo con pacientes, familiares y usuarios, desempeña un papel importante en la creación de espacios seguros, igualitarios y libres de violencia.

La violencia de género representa un importante problema social y de salud pública que puede afectar al bienestar físico, psicológico y social de las mujeres. Aunque la detección y atención clínica corresponden principalmente al personal sanitario, los profesionales no sanitarios pueden contribuir a su prevención mediante una atención adecuada, respetuosa y libre de prejuicios, así como mediante la identificación de posibles situaciones de riesgo y su correcta comunicación a los profesionales responsables.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica de carácter descriptivo sobre igualdad de género, prevención de la violencia de género y actuación profesional en el ámbito sanitario. Se consultaron documentos institucionales, legislación española y fuentes de organismos públicos relacionados con la igualdad y la violencia contra las mujeres.

La búsqueda se centró en normativa y recomendaciones aplicables al ámbito sanitario, especialmente en aquellos aspectos relacionados con la sensibilización, prevención, detección de situaciones de violencia, confidencialidad, trato igualitario y coordinación entre profesionales. Se seleccionó información relevante para establecer pautas de actuación adaptadas al personal no sanitario del SESPA.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que el personal no sanitario puede desempeñar una función relevante en la prevención de la violencia de género. La atención al público debe desarrollarse desde los principios de igualdad, respeto, empatía y no discriminación, evitando comentarios, actitudes o comportamientos que puedan culpabilizar o estigmatizar a las mujeres.

Entre las actuaciones más importantes se encuentran garantizar la privacidad y confidencialidad, facilitar un entorno de confianza, prestar atención a cambios de conducta o situaciones que puedan generar sospecha y comunicar cualquier indicio relevante siguiendo los protocolos establecidos. Asimismo, resulta fundamental conocer los recursos disponibles para orientar adecuadamente a las usuarias hacia los profesionales y servicios especializados.

La formación en igualdad permite reconocer estereotipos y prejuicios de género que pueden influir en la atención. También favorece una comunicación inclusiva y respetuosa con mujeres en situación de vulnerabilidad. El personal no sanitario debe conocer sus competencias y límites profesionales, evitando realizar intervenciones para las que no esté cualificado y facilitando siempre la coordinación con el personal sanitario y los servicios correspondientes.

Conclusiones

La igualdad de género debe integrarse en todas las áreas de actuación del SESPA. El personal no sanitario, debido a su posición de contacto directo con la ciudadanía, puede contribuir significativamente a prevenir situaciones de discriminación y favorecer una atención segura y respetuosa.

La formación específica en igualdad y violencia de género mejora las competencias profesionales, facilita la detección de posibles situaciones de riesgo y favorece una adecuada derivación y coordinación. Por ello, la sensibilización y capacitación continua del personal no sanitario constituye una herramienta esencial para avanzar hacia un sistema sanitario público más igualitario, inclusivo y comprometido con la erradicación de la violencia de género.

Bibliografía

1. España. Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial del Estado*.

2. España. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial del Estado*.

3. Ministerio de Sanidad. *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

4. Ministerio de Igualdad. *Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género*. Madrid: Gobierno de España.

5. Organización Mundial de la Salud. *Violencia contra la mujer*. Ginebra: OMS.

6. Principado de Asturias. *Instituto Asturiano de la Mujer*. Gobierno del Principado de Asturias.

DISCAPACIDAD, INCLUSIÓN Y ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO SANITARIO: ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO DEL SESPA

Introducción

La atención sanitaria debe garantizar el acceso universal, la igualdad de trato y el respeto a la dignidad de todas las personas. En este contexto, las personas con discapacidad pueden encontrar diferentes barreras que dificultan su acceso y participación en los servicios sanitarios. Estas barreras pueden ser físicas, comunicativas, cognitivas, sensoriales o relacionadas con actitudes y prejuicios sociales.

El personal no sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) desempeña una función fundamental en la atención y acogida de pacientes y usuarios. Aunque no desarrolla funciones clínicas, mantiene un contacto frecuente con la ciudadanía y puede contribuir de manera significativa a facilitar una atención accesible, inclusiva y respetuosa. La eliminación de barreras y la adecuada comunicación favorecen la autonomía de las personas con discapacidad y mejoran su experiencia dentro del sistema sanitario.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva sobre diversidad, discapacidad, inclusión y accesibilidad en el ámbito sanitario. Se consultaron fuentes institucionales y normativa nacional e internacional relacionada con los derechos de las personas con discapacidad y con la accesibilidad universal.

La búsqueda se centró en aquellos aspectos especialmente aplicables al personal no sanitario, como la atención al público, comunicación accesible, eliminación de barreras, trato igualitario, autonomía personal, confidencialidad y orientación de los usuarios dentro de los centros y servicios sanitarios.

Resultados

Los resultados muestran que una atención verdaderamente inclusiva requiere identificar y reducir las diferentes barreras que pueden encontrar las personas con discapacidad. En el caso del personal no sanitario, adquieren especial importancia la actitud profesional, la comunicación y la capacidad para facilitar el acceso a los servicios.

El trato debe basarse en el respeto, la empatía y la igualdad, evitando actitudes paternalistas o discriminatorias. Es importante dirigirse directamente a la persona con discapacidad, respetar sus decisiones y ofrecer ayuda únicamente cuando sea necesaria o solicitada. También debe garantizarse la privacidad y confidencialidad de la información personal.

En las personas con discapacidad sensorial pueden ser necesarias medidas de apoyo a la comunicación. Por ejemplo, las personas con discapacidad auditiva pueden requerir sistemas alternativos de comunicación, mientras que las personas con discapacidad visual pueden necesitar indicaciones verbales claras para orientarse por el centro.

En el caso de personas con discapacidad intelectual o dificultades cognitivas, resulta

recomendable utilizar un lenguaje sencillo, instrucciones claras y suficiente tiempo para facilitar la comprensión. Asimismo, la accesibilidad física de los espacios, señalización adecuada, eliminación de obstáculos y disponibilidad de recursos de apoyo contribuyen a una atención más autónoma y segura.

El personal no sanitario debe conocer los recursos y procedimientos existentes en el SESPA para poder orientar correctamente a las personas usuarias y comunicar las necesidades detectadas a los profesionales responsables.

Conclusiones

La diversidad y la inclusión deben formar parte de una atención sanitaria de calidad. El personal no sanitario del SESPA, por su contacto directo con pacientes y familiares, desempeña un papel esencial en la eliminación de barreras y en la creación de entornos accesibles y respetuosos.

La formación en discapacidad, accesibilidad y comunicación inclusiva permite mejorar la atención, prevenir situaciones de discriminación y favorecer la autonomía de las personas usuarias. Por ello, resulta necesario promover una formación continuada que proporcione al personal no sanitario herramientas

prácticas para garantizar una atención equitativa, digna y centrada en las necesidades de cada persona.

Bibliografía

1. España. Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. *Boletín Oficial del Estado*.

2. España. Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. *Boletín Oficial del Estado*.

3. Naciones Unidas. *Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad*. Nueva York: Naciones Unidas; 2006.

4. Organización Mundial de la Salud. *Discapacidad y salud*. Ginebra: OMS.

5. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. *Estrategia Española sobre Discapacidad*. Gobierno de España.

6. Principado de Asturias. *Consejería de Salud. Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)*. Oviedo: Gobierno del Principado de Asturias.

PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORAL Y SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO: ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO DEL SESPA

Introducción

La prevención de riesgos laborales constituye un elemento esencial para proteger la seguridad y la salud de las personas trabajadoras. En los centros sanitarios, la diversidad de actividades y la presencia de pacientes, familiares, equipos, instalaciones y materiales hacen necesaria una adecuada cultura preventiva. El personal no sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) desarrolla funciones administrativas, de gestión, atención al público, mantenimiento, apoyo y otros servicios, estando expuesto a diferentes riesgos laborales.

La prevención no debe entenderse únicamente como el cumplimiento de una serie de normas, sino como un conjunto de actuaciones destinadas a identificar, evaluar y controlar los riesgos antes de que produzcan daños. La participación y colaboración de todo el personal resulta fundamental para crear entornos de trabajo seguros y saludables.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva sobre prevención de riesgos laborales y seguridad y salud en el trabajo, utilizando legislación española, documentación institucional y recomendaciones de organismos especializados en prevención.

Se analizaron especialmente los riesgos que pueden afectar al personal no sanitario en los centros y servicios del SESPA, así como las principales medidas preventivas relacionadas con la seguridad, ergonomía, organización del trabajo, utilización de equipos, prevención de accidentes y actuación ante situaciones de emergencia.

Resultados

La revisión permite identificar diferentes tipos de riesgos laborales que pueden estar presentes en el trabajo del personal no sanitario. Entre ellos se encuentran los riesgos relacionados con caídas, golpes, cortes, desplazamientos, manipulación de cargas, posturas mantenidas y movimientos repetitivos. También pueden existir riesgos derivados de equipos e instalaciones, así como factores ergonómicos y psicosociales.

La prevención requiere mantener los espacios de trabajo ordenados, utilizar correctamente los equipos y medios disponibles, respetar la señalización y seguir los procedimientos establecidos. La adopción de hábitos adecuados contribuye a reducir accidentes y lesiones.

Los riesgos ergonómicos tienen especial importancia en determinados puestos administrativos y de atención al público. Una correcta organización del puesto de trabajo, adecuación del mobiliario, alternancia de tareas y mantenimiento de una postura adecuada pueden contribuir a prevenir trastornos musculoesqueléticos.

Asimismo, los factores psicosociales, como el estrés, la sobrecarga de trabajo, los conflictos interpersonales o la exposición a situaciones de tensión con usuarios, pueden afectar a la salud. La comunicación, la organización adecuada y el conocimiento de los protocolos de actuación son herramientas importantes para su prevención.

Ante un accidente o emergencia, el personal debe conocer las vías de comunicación y los procedimientos establecidos por el centro, informar de las situaciones de riesgo detectadas y colaborar en las medidas de emergencia. La formación preventiva y la información proporcionada por el SESPA constituyen herramientas fundamentales para desarrollar estas actuaciones correctamente.

Conclusiones

La prevención de riesgos laborales es una responsabilidad compartida que afecta a todo el personal del SESPA, independientemente de sus funciones. El personal no sanitario puede contribuir activamente a la seguridad mediante el cumplimiento de las medidas preventivas, la identificación de riesgos y la comunicación de cualquier situación peligrosa.

La formación continuada permite mejorar el conocimiento de los riesgos específicos de cada puesto y facilita la adopción de conductas seguras. Promover una cultura preventiva contribuye a disminuir accidentes y enfermedades profesionales y favorece unas condiciones de trabajo más saludables y seguras.

Bibliografía

1. España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*.

2. España. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. *Boletín Oficial del Estado*.

3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Prevención de riesgos laborales*. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

4. Organización Mundial de la Salud. *Salud ocupacional: trabajadores de la salud*. Ginebra:

OMS.

5. Principado de Asturias. *Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)*. Gobierno del Principado de Asturias.

6. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Guías técnicas de prevención de riesgos laborales*. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE CONFLICTOS EN EL ENTORNO SANITARIO: ACTUACIÓN DEL PERSONAL NO SANITARIO DEL SESPA

Introducción

Los conflictos forman parte de las relaciones humanas y pueden surgir en cualquier entorno laboral. En los centros sanitarios, determinadas circunstancias como la preocupación por el estado de salud, los tiempos de espera, la incertidumbre, la presión asistencial o las dificultades de comunicación pueden favorecer la aparición de situaciones de tensión entre usuarios, familiares y profesionales.

El personal no sanitario del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) mantiene un contacto directo y frecuente con la ciudadanía. Por ello, dispone de un papel relevante en la prevención y gestión inicial de situaciones conflictivas. Una comunicación adecuada, basada en el respeto, la escucha activa y la empatía, puede contribuir a reducir la tensión y favorecer una relación de confianza entre la ciudadanía y la organización sanitaria.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica descriptiva sobre prevención, comunicación y gestión de conflictos en el ámbito laboral y sanitario. Se consultaron publicaciones especializadas, documentación institucional y recomendaciones relacionadas con la atención a la ciudadanía y la resolución de situaciones conflictivas.

La búsqueda se centró en las herramientas aplicables al personal no sanitario, especialmente en comunicación efectiva, escucha activa, gestión emocional, prevención de conductas agresivas, negociación y actuación ante situaciones de conflicto o violencia.

Resultados

Los resultados muestran que la prevención constituye una de las principales herramientas para evitar que los desacuerdos evolucionen hacia situaciones de

mayor gravedad. Una información clara, comprensible y proporcionada de forma respetuosa puede reducir malentendidos y expectativas inadecuadas.

La escucha activa permite conocer las necesidades y preocupaciones de la persona usuaria. Para ello es importante prestar atención, evitar interrupciones innecesarias, mantener una actitud respetuosa y comprobar que la información ha sido comprendida. La empatía también facilita la gestión de situaciones de tensión, ya que permite reconocer las emociones de la otra persona sin asumir necesariamente su punto de vista.

En situaciones conflictivas, el profesional debe mantener una actitud tranquila y evitar responder de manera impulsiva. Es recomendable utilizar un tono de voz adecuado, establecer límites claros y explicar las alternativas disponibles dentro de las competencias profesionales. No deben realizarse promesas que no puedan cumplirse ni proporcionar información que corresponda a otros profesionales o servicios.

Cuando la situación evoluciona hacia amenazas, insultos o conductas agresivas, la prioridad debe ser garantizar la seguridad de las personas. El personal debe conocer y aplicar los protocolos establecidos por el centro, solicitar apoyo cuando sea necesario y comunicar el incidente por los canales correspondientes.

La formación en habilidades sociales, comunicación y gestión emocional puede mejorar la capacidad de respuesta del personal no sanitario y favorecer un entorno laboral más seguro.

Asimismo, registrar y analizar los conflictos permite identificar situaciones repetitivas y establecer medidas preventivas.

Conclusiones

La prevención y gestión de conflictos constituye una competencia de gran utilidad para el personal no sanitario del SESPA. Una comunicación clara, la escucha activa, la empatía y el establecimiento adecuado de límites pueden prevenir numerosos conflictos y facilitar su resolución.

La formación continuada en estas materias permite mejorar la atención a la ciudadanía, reducir situaciones de tensión y favorecer relaciones profesionales basadas en el respeto. Ante conductas agresivas, es imprescindible priorizar la seguridad y seguir los protocolos establecidos por el

SESPA.

Por tanto, fomentar una cultura de comunicación, respeto y prevención contribuye tanto al bienestar de los profesionales como a una atención de mayor calidad para las personas usuarias.

Bibliografía

1. España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. *Boletín Oficial del Estado*.

2. España. Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud. *Boletín Oficial del Estado*.

3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Prevención de la violencia y el estrés en el trabajo*. Ministerio de Trabajo y Economía Social.

4. Organización Mundial de la Salud. *Entornos de trabajo saludables: un modelo para la acción*. Ginebra: OMS.

5. Principado de Asturias. *Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)*. Gobierno del Principado de Asturias.

6. Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Identificación de levaduras mediante el API 32C en laboratorios de análisis clínico y biomédico.

PALABRAS CLAVE

Levaduras, infección fúngica, API, galería, Cándida, laboratorios.

RESUMEN

La identificación de levaduras constituye un elemento fundamental en el laboratorio de microbiología, permitiendo conocer el tipo de microorganismo causante de la infección, en este contexto, el uso de técnicas basadas en perfiles bioquímicos constituyen una alternativa estandarizada para diferenciar distintas especies en función de su metabolismo.

El test API nos permite integrar diferentes pruebas en un mismo procedimiento y facilitar la lectura de los resultados, identificando así, de forma práctica y reproducible las levaduras que pueden presentar distintas muestras biológicas y favoreciendo el trabajo en los laboratorios clínicos reduciendo la necesidad de realizar otras pruebas complementarias.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, el aumento de la prevalencia de las infecciones fúngicas oportunistas en muestras de exudado vaginal ha sido constante, principalmente relacionado con el aumento de pacientes inmunodeprimidos, el uso inadecuado de antimicrobianos y el uso de inmunosupresores.

La gran mayoría de estas infecciones se producen por las levaduras como la *Cándida albicans* que afecta a más del 50% de los casos, no obstante, también se ha observado un crecimiento de infecciones causadas por otras especies de Cándida como la tropicalis, glabrata, parapsilosis, krusei o dubliniensis, entre otras. Por ello, debido al grado de sensibilidad de las distintas especies de Cándida a determinados antifúngicos es fundamental la identificación y aislamiento de la levadura que causa la infección.

Para la correcta identificación de estas levaduras contamos con diversos métodos y técnicas realizados en laboratorios de análisis clínicos a partir de muestras biológicas como por ejemplo, las muestras de exudado vaginal. Estos métodos pueden ser el test de filamentaciones, el uso de Agar Cromogénico para Cándida como método de cultivo o el uso del API 32C el cual desarrollaremos a continuación, basándonos en la revisión de diferentes artículos científicos y su puesta en práctica en el laboratorio.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva y estructurada de información con la finalidad de recabar la literatura científica disponible acerca de la temática de este trabajo, relacionada con la presencia de levaduras en muestras biológicas. Para ello, se han consultado diversas fuentes bibliográficas en relación al ámbito biomédico, con la finalidad de asegurar la calidad y relevancia de la información recogida en este documento.

La búsqueda se realizó a través de internet en portales de páginas webs como PubMed, SciELO o LiLACS, para ella se utilizaron palabras clave y se consultó la bibliografía de otras publicaciones. Posteriormente, la información fue analizada y seleccionada, para recogerla de forma significativa en el presente trabajo.

RESULTADOS

El API (índice analítico de perfil (Analytical Prfile Index)) corresponde a la identificación mediante el criterio de asimilación de nutrientes. Consiste en una galería de pruebas bioquímicas que contienen sustratos y una base de datos que

permite, según se ha revelado la galería identificar mediante una lectura manual o digital la especie de levadura que presenta la muestra.

Esta galería se compone de 32 cúpulas con distintos sustratos carbonatados en estado deshidratado. En primer lugar, tras sembrar la muestra biológica en Agar Sabouraud, medio de cultivo específico para hongos y un tiempo de incubación de unas 24-48 h, se abre una ampolla de API suspensión médium (2 mL) en la que se inoculan una o varias colonias idénticas recogidas de la placa de cultivo, como resultado debemos obtener una suspensión homogénea de una turbidez igual al patrón 2 de escala Mc Farland.

En segundo lugar, se extrae la galería de su embalaje se anota el ID o número de identificación del paciente en la misma y se añaden 135 microlitros por cúpula con una micropipeta. Se añade agua para crear una cámara húmeda de incubación y se tapa incubándose a 35ºC en estufa para aerobios y durante 24-48 horas.

Posteriormente, se realiza la lectura del resultado, de forma digital a través de la web de API o de manera manual con las instrucciones del kit. Para ello, observaremos la turbidez o no de cada cúpula, según los sustratos degradados, la revelación y lectura nos permitirá obtener la identificación de la especie de levadura.

Este test permite identificar adecuadamente el 86% de las levaduras recuperadas sin la necesidad de realizar pruebas complementarias, por ello presenta una gran especificidad y sensibilidad lo que permite ofrecer un diagnóstico adecuado y ofrecer un tratamiento apropiado para los pacientes, evitando así el uso genérico de antifúngicos y la creación se resistencias.

CONCLUSIONES

La identificación de levaduras es fundamental en el diagnóstico microbiológico, dado que no todas las especies presentan las mismas características y poseen la misma relevancia clínica. Disponer de medios que faciliten su identificación de manera fiable favorece la toma de decisiones para un tratamiento más adecuado.

Desde los laboratorios clínicos el uso de API 32C se constituye como una herramienta eficaz ya que permite identificar distintas especies en un periodo de tiempo asumible, así como, la mejora de la precisión del diagnóstico y el uso adecuado de tratamientos antifúngicos, cuestiones realmente importantes ante el creciente aumento de resistencias de las diferentes especies de levaduras.

BIBLIOGRAFÍA

Gomez, L. R. H., & López, V. C. (2022). Perfil de resistencia antifúngica en el tratamiento de candidiasis vaginal: Un diagnóstico de agentes etiológicos. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, *21*(2), 1-7. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=116417

Maldonado, I., Cataldi, S., Garbasz, C., Relloso, S., Striebeck, P., Guelfand, L., ... & Sorge, A. (2018). Identificación de levaduras del género Candida: los métodos convencionales frente a MALDI-TOF MS. *Revista Iberoamericana de Micología*, *35*(3), 151-154. https://www.sciencedirect.com/getaccess/pii/S1130140618300391/purchase

Méndez, C. C., & Mazuelos, E. M. DIAGNÓSTICO DE LA INFECCION FÚNGICA POR LEVADURAS DEL GÉNERO Candida: Candida dubliniensis. https://controldecalidad.seimc.org/wp-content/uploads/contenidos/revisionestematicas/micologia/Cdublinien.pdf

Mesa, L. M., Arcaya, N., Cañas, O., Machado, Y., & Calvo, B. (2004). Evaluación de los caracteres fenotípicos para diferenciar Candida albicans de Candida dubliniensis. *Rev Iberoam Micol*, *21*, 135-8. https://www.reviberoammicol.com/2004-21/135138.pdf

Ramani, R., Gromadzki, S., Pincus, D. H., Salkin, I. F., & Chaturvedi, V. (1998). Efficacy of API 20C and ID 32C systems for identification of common and rare clinical yeast isolates. *Journal of Clinical Microbiology*, *36*(11), 3396-3398. https://journals.asm.org/doi/full/10.1128/jcm.36.11.3396-3398.1998

Sicilia, M. J. L., & Cuesta, F. S. Identificación de levaduras 11. https://www.guia.reviberoammicol.com/Capitulo11.pdf

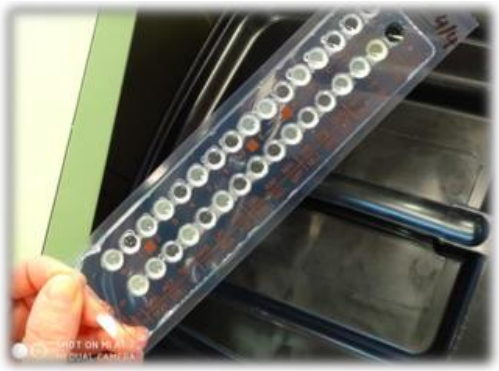


Imagen tomada de una galería API ID 32C en el Hospital. Autora: Rosalía Freijanes Rúa.

PALABRAS CLAVE

PCR, COVID-19, influenza A y B, virus, laboratorio.

RESUMEN

Las infecciones respiratorias requieren métodos y técnicas que permitan reconocer de manera rápida y eficaz los agentes responsables. Los laboratorios clínicos a través de la Reacción en Cadena de la Polimerasa y los test rápidos proporcionarán información relevante para el diagnóstico de estas enfermedades y ofrecerán la posibilidad de establecer el tratamiento más adecuado para los pacientes que las sufren.

Se destaca, además, la importancia de la fase preanalítica, analítica y postanalítica en la obtención de resultados fiables. La correcta recogida, conservación y transporte de muestras, la aplicación estandarizada de procesos y el empleo de controles de calidad constituyen elementos fundamentales en el trabajo de los laboratorios clínicos.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades respiratorias provocadas por agentes virales como el adenovirus, rinovirus, coronavirus, virus sincitial respiratorio (VSR) e influenza A y B cursan con sintomatología que afecta a la oxigenación del cuerpo y produce inflamación en los pulmones. Con la finalidad de prevenir infecciones y proteger la salud de la población, se realizará un estudio de métodos como la PCR que favorecen un diagnóstico rápido.

Cabe mencionar que desde la pandemia de SARS CoV-2, se ha producido un aumento con respecto a la investigación de virus respiratorios, la Organización Mundial de la Salud destaca la importancia de tratar estas patologías ya que son una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial.

Existen ciertas dificultades para diferenciar enfermedades de origen bacteriano, frente a enfermedades causadas por virus. Además, en la última década, hemos presenciado el incremento de virus respiratorios causantes de patologías graves,

lo cual provoca la hospitalización de pacientes afectando principalmente a niños y niñas y personas de avanzada edad.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática de información a través de diferentes fuentes bibliográficas con la finalidad de recopilar la literatura científica existente sobre el empleo de test rápidos para el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 y virus respiratorios en el laboratorio de análisis clínicos. Se ha realizado una búsqueda en bases de datos reconocidas desde el ámbito biomédico incluyendo PubMed, Lilacs, Cochrane Library y artículos disponibles en SciELo.

Finalmente, la información recopilada fue organizada y analizada de forma crítica, cribando los artículos más importantes para fundamentar este estudio.

RESULTADOS

En la actualidad contamos con diversas pruebas rápidas que permiten una identificación precoz de ciertas patologías respiratorias, no obstante se ha de tener en cuenta que dichos test presentan una sensibilidad limitada y escasa capacidad para identificar simultáneamente varios agentes virales.

La Reacción en Cadena de la Polimerasa (PCR) es una técnica que permite copiar, replicar y sintetizar el ADN específico diana. No obstante, hoy en día y con la aparición del COVID-19 se ha desarrollado una variante de esta técnica la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa RT-PCR ya que este tipo de virus es de ARN monocatenario y la PCR estándar se utiliza sobre el ADN.

Esta prueba permite un diagnóstico sensible y específico ofreciendo resultados verdaderos positivos para las personas que realmente tienen la enfermedad y eliminando los falsos negativos si la muestra ha sido recogida y tratada adecuadamente. Por otro lado, la RT-PCR no permite conocer si la persona ha pasado anteriormente la infección, solo nos proporciona información si la persona está infectada o no en el momento actual. No obstante, los análisis de

serología permiten conocer la inmunidad adquirida del paciente detectando las inmunoglobulinas IgM e IgA.

Con la finalidad de ofrecer resultados fiables a los pacientes debemos tener en cuenta la estandarización y el control de calidad durante el desarrollo de la técnica. Es importante utilizar controles de calidad internos, siempre, durante el procedimiento y controles de calidad externos en ocasiones. Por otro lado, si esta técnica detecta simultáneamente varios virus diferentes en una misma muestra descartaremos una posible contaminación empleando una prueba individual para esa misma muestra y comprobando si se ha realizado o no de manera adecuada el método.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de las infecciones respiratorias a experimentado una importante evolución gracias al desarrollo de técnicas que proporcionan información clínica relevante en tiempos cada vez más reducidos. Las pruebas rápidas constituyen una herramienta útil con respecto a la detección precoz, pero presentan ciertas limitaciones en cuanto a la sensibilidad y la detección simultánea de diversos microorganismos, por ello se emplean como un complemento frente a los métodos moleculares como las PCR.

En este contexto, la RT-PCR se establece como una de las principales técnicas para la detección de virus respiratorios constituidos por ARN. Su sensibilidad y especificidad mayor al 90% permite detectar el proceso infeccioso en curso y ofrecer el tratamiento adecuado a los pacientes.

El papel de los profesionales en laboratorios clínicos es fundamental para garantizar la fiabilidad de los resultados, la correcta identificación de los pacientes con sus muestras y el mantenimiento y conservación de las muestras, así como la correcta utilización de controles de calidad que nos permitirán ofrecer resultados verídicos.

BIBLIOGRAFÍA

Alcívar, M., Pacheco, Z., De La Cruz, M., López, B., & Ordoñez, E. (2023). Análisis comparativo de técnicas moleculares para diagnostico de virus respiratorios: rt-pcr en tiempo real vs sistema poct del hospital teodoro maldonado carbo de guayaquil. *Revista Ciencia y Avance*, *2*(2). https://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/26258

Bolivar, A. M., Rojas, A., & Lugo, P. G. (2014). PCR y PCR-Múltiple: parámetros críticos y protocolo de estandarización. *Avances en biomedicina*, *3*(1), 25-33. https://www.redalyc.org/pdf/3313/331330398005.pdf

Carranza, L. A. S., Santacruz, F. E. M., & Villegas, J. A. C. (2020). La PCR como prueba para confirmar casos vigentes de COVID-19. *Recimundo*, *4*(2), 64-74. https://recimundo.com/index.php/es/article/view/824

Hernández-González, D. G., Rodríguez-Muñoz, L., & Solórzano-Santos, F. (2021). Impacto del uso de PCR múltiple en diagnóstico etiológico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas en un hospital privado del norte del país. *Gaceta médica de México*, *157*(2), 160-165. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0016-38132021000200160&script=sci_arttext

Mendoza-Noguez, A., Alcázar-González, G., Briones-Torres, C. A., Noffal-Nuño, V. M., & Pérez-Jáuregui, J. C. (2018). Prevalencia de virus respiratorios utilizando la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en tiempo real para su detección: experiencia en el Laboratorio de Patología Clínica, Médica Sur. *Médica Sur*, *21*(3), 124-127. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=80755

Test de filamentaciones y agar cromogénico: herramientas de identificación en laboratorios de análisis clínicos y biomédicos.

PALABRAS CLAVE

Test de filamentaciones, ChromAgar, Cándida, levaduras, muestras de exudado vaginal

RESUMEN

La identificación microbiológica constituye una fase fundamental en los laboratorios de análisis clínicos, especialmente ante el crecimiento de infecciones producidas por levaduras. La disponibilidad de diversas herramientas diagnósticas nos permite adaptar los procesos analíticos a las necesidades de los pacientes, combinando procedimientos más convencionales con sistemas más específicos.

La adecuada selección de las técnicas y procedimientos empleados, junto con la correcta interpretación de la información obtenida, facilita la obtención de resultados fiables y verídicos, optimizando el procesamiento de muestras biológicas y ofreciendo un tratamiento adecuado para los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Las levaduras están presentes de manera natural en nuestro organismo, en ocasiones si el pH vaginal cambia se produce un sobrecrecimiento de las mismas lo que provoca una infección fúngica. Estos cambios pueden producirse por diversas causas: cambios en los niveles hormonales, el uso de antibióticos o cortisona, embarazo, diabetes, inmunosupresión o cambios en la composición química. La flora vaginal normal se constituye de diversas especies de Lactobacillus y la presencia de algunas bacterias, con un pH de entre 3.8 a 4.5 en mujeres en edad reproductiva.

En los laboratorios la realización del test de filamentaciones, permitirá conocer de manera rápida y precisa la presencia de Cándida albicans en muestras vaginales. Asimismo, el cultivo en medios selectivos y diferenciales como el ChromAgar Cándida, compuesto por una mezcla de sustratos cromógenos que se degradan por las enzimas específicas de los distintos tipos de levaduras, liberarán compuestos de diferentes colores permitiendo su identificación después de 42-48h de incubación.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva, significativa y organizada de información con la finalidad de recabar la literatura científica disponible acerca del tema de este trabajo, relacionada con la identificación de levaduras en los laboratorios, más concretamente el uso de test de filamentaciones y Agar cromogénicos y selectivos en microbiología y su impacto en los resultados analíticos. Para ello, se han consultado diversas fuentes bibliográficas en relación al ámbito científico, con la finalidad de asegurar la calidad y relevancia de la información recogida en este documento.

La búsqueda se realizó a través de internet en portales de páginas webs como PubMed, SciELO o LiLACS, para ella se utilizaron palabras clave y se consultó la bibliografía de otras publicaciones. Posteriormente, la información fue analizada y seleccionada, para recogerla de forma representativa en este capítulo.

RESULTADOS

El test de filamentaciones permite una identificación mediante criterios morfológicos de las levaduras, la prueba se realiza en una zona de trabajo aséptica. En primer lugar inoculamos la muestra, una colonia o dos aisladas en una placa de medio de cultivo como Agar Sabouraud específico para el crecimiento de hongos, se introducen 0,5 mL de plasma humano y tras dos o tres horas de incubación a 37ºC se observa en el microscopio valorando la presencia de tubo germinal en las levaduras, lo que indica que la especie es Cándida Albicans.

Durante el procesamiento de la muestra, podemos seleccionar un medio de cultivo cromogénico y selectivo como el ChromAgar Cándida, que nos permitirá identificar mediante una leyenda de colores la especie de Cándida que está presente en la muestra. La Cándida albicans crece de color verde, la Cándida glabrata violeta, la C. tropicalis azul oscuro y la C. krusei rosa.

Este medio permite evitar la realización del test de filamentaciones. No obstante, se ha de tener en cuenta que este medio de cultivo, en ocasiones, conlleva un tiempo de incubación bastante elevado con respecto al Agar Sabouraud y la realización del test del tubo germinal. Es por ello, que existen otras formas de identificación en laboratorios de análisis clínicos como el uso del API 32C

específico para levaduras que nos permite identificar un número considerable de especies en un plazo de 24 horas de incubación.

Cabe mencionar, la importancia de la identificación de levaduras en muestras biologías para que los facultativos de referencia prescriban el tratamiento más adecuado a los pacientes, ya que en las últimas décadas se ha observado un aumento de la prevalencia de las infecciones fúngicas en muestras biológicas, así como un incremento del número de resistencias, desencadenado principalmente por el uso de tratamientos genéricos hacia estas patologías.

CONCLUSIONES

La identificación de levaduras en el laboratorio requiere combinar procedimientos más sencillos y rápidos con algunas técnicas que proporcionan información más amplia y concreta. El test del tubo germinal constituye una herramienta práctica y eficaz para la orientación inicial de diferentes especies del género Cándida descartando o no la presencia de C. albicans, mientras que algunos medios de cultivo selectivos y cromogénicos permiten diferenciar entre diversas especies de este mismo género a partir de las características visuales de las colonias. No obstante, tenemos de tener en cuenta tanto las posibilidades como las limitaciones de estas técnicas y recurrir a otros métodos complementarios cuando sea conveniente.

Desde la perspectiva de los técnicos de laboratorio clínico y biomédico, la correcta ejecución, identificación y comunicación con los facultativos de referencia resulta fundamental para garantizar la calidad del proceso microbiológico y aportar resultados que favorezcan el adecuado tratamiento de las infecciones fúngicas.

BIBLIOGRAFÍA

García Heredia, M., García, S. D., Copolillo, E. F., Cora Eliseth, M., Barata, A. D., Vay, C. A., ... & Famiglietti, A. M. R. (2006). Prevalencia de candidiasis vaginal en embarazadas: Identificación de levaduras y sensibilidad a los

antifúngicos. *Revista argentina de microbiología*, *38*(1), 9-12. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-75412006000100003

Martinez Martinez, S., & Morales Rodriguez, M. (2014). Filamentación y actividad proteolítica como pruebas rápidas para la identificación del género Candida spp. de infecciones nosocomiales. https://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14985

Martínez, A. D., Estrada-Barraza, D., Martínez-Martínez, A., Flores-Padilla, L., & Sánchez-Vargas, L. O. (2009). Identificación de especies de Candida en aislamientos clínicos: comparativo entre métodos convencionales, Chromagar Candida® y la prueba molecular de la PCR. *Ciencia en la frontera*, *17*. https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3620746

Pfaller, M. A., Houston, A., & Coffmann, S. (1996). Application of CHROMagar Candida for rapid screening of clinical specimens for Candida albicans, Candida tropicalis, Candida krusei, and Candida (Torulopsis) glabrata. *Journal of clinical microbiology*, *34*(1), 58-61. https://journals.asm.org/doi/abs/10.1128/jcm.34.1.58-61.1996

Ruiz-Aragón, J., García-Martos, P., Puerto, J. L., Marín, P., Saldarreaga, A., & Moya, P. (2003). Evaluación de un nuevo medio CHROMagar Candida para la identificación presuntiva de levaduras. *Revista de Diagnóstico Biológico*, *52*(1), 19-22. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0034-79732003000100002&script=sci_arttext&tlng=en

Procedimientos estandarizados sobre el análisis de muestras de orina en laboratorios clínicos y biomédicos

RESUMEN

El uroanálisis permite recoger información sobre el estado del sistema urinario y diferentes afecciones metabólicas e infecciosas. Es una técnica muy utilizada en laboratorios de análisis clínico, por lo que es importante contar con procedimientos y técnicas que nos permitan realizar un análisis de calidad proporcionando resultados fiables y verídicos y ofreciendo un tratamiento adecuado a los pacientes. El objetivo de este trabajo es recabar información a través de la revisión de diversos artículos científicos destacando la importancia de la estandarización del proceso y el uso de parámetros de calidad.

PALABRAS CLAVE

Análisis de orina, sedimento urinario, procedimiento estandarizado, calidad, urocultivo.

INTRODUCCIÓN

El análisis de orina en laboratorios clínicos posibilita el descubrimiento de diversas enfermedades constituyendo una prueba altamente demandada, así como de bajo costo económico. Este análisis se divide en 3 procesos fundamentales: el análisis macroscópico, el análisis del sedimento urinario o análisis microscópico, además, si conveniente se incluye en urocultivo o análisis microbiológico.

De acuerdo con el National Committee of Clinical laboratory Standards (NCCLS) este procedimiento debe estar estandarizado y cumplir con una serie de parámetros de calidad para proporcionar resultados clínicos exactos y precisos, para ello es necesario tener en cuenta tanto la fase preanalítica recogiendo una muestra de manera correcta y apta para dicho análisis. La fase analítica proporcionando unos resultados fiables tanto del análisis microscópico del sedimento urinario como del urocultivo y recuento bacteriano, así como la elaboración de un informe de resultados de calidad en la fase postanalitica elaborado por el facultativo de referencia o bioquímico que posibilite entregar unos resultados verídicos al paciente y establecer un tratamiento en función de su patología.

Cabe mencionar, con respecto al resultado, la fiabilidad para el diagnóstico de patologías y enfermedades relacionadas con el tracto urinario, por ejemplo en relación a las infecciones del tracto urinario (ITU), para entregar un resultado positivo o negativo a los pacientes. En este sentido, se han considerado características sobre la validez de las pruebas realizadas durante el análisis

urinario entre las que se incluyen la sensibilidad y la especificidad de los métodos empleados. La capacidad de una prueba que posibilita determinar aquellos que no están enfermos hace referencia a la especificidad, mientras que la capacidad para detectar la presencia de enfermedad, se corresponde con la sensibilidad de la prueba.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda exhaustiva y sistemática de información a través de diferentes fuentes bibliográficas con la finalidad de recopilar la literatura científica existente sobre el empleo de test rápidos para el diagnóstico de la infección por SARS-CoV-2 en el laboratorio. Se ha realizado una búsqueda en bases de datos reconocidas desde el ámbito biomédico incluyendo PubMed, Lilacs, Cochrane Library y artículos disponibles en SciELo.

Finalmente, la información recopilada fue organizada y analizada de forma crítica, cribando los artículos más importantes para fundamentar este estudio.

RESULTADOS

El procedimiento de análisis de orina validado a través de diversos artículos científicos, estandarizado y puesto en práctica ha permitido desarrollar un análisis de calidad y fiable en el diagnóstico de enfermedades relacionadas con el tracto urinario. Para ello, en primer lugar se realiza un análisis macroscópico de la muestra en el que se tendrán en cuenta aspectos como la turbidez, el color e incluso el olor. Además, a continuación se utilizará una tira reactiva con diversos parámetros que nos permitirán orientar el análisis microscópico con mayor precisión. Estos parámetros como la glucosa, la bilirrubina, los cuerpos cetónicos, la densidad, la presencia de sangre, el pH, las proteínas, los nitritos o los leucocitos nos permitirán una evaluación rápida sobre el paciente, otorgándonos información relevante en la realización de pruebas posteriores y la presencia de algunas enfermedades.

Una vez realizado, este primer análisis del que ya se han obtenido unos resultados orientativos, se procederá al análisis del sedimento urinario tras la centrifugación a 1.500 rpm/ 5 minutos y su decantación y resuspensión. Observaremos este sedimento colocado en un portaobjetos a través del

microscopio generalmente con un aumento de 40x que nos permitirá confirmar la presencia de bacterias, leucocitos, hematíes y células del tracto urinario, entre otros.

Si el facultativo lo considera pertinente mientras se realiza este proceso en el laboratorio de microbiología simultáneamente se sembrará la muestra estéril, lo que permitirá comprobar si existe realmente una infección urinaria a través del recuento celular tras 24-48 horas de incubación de las placas. Pueden usarse medios como Agar Sangre, Levine o Cled, que favorecen el crecimiento de estos microorganismos. Asimismo, en ocasiones se realiza posteriormente un Antibiograma, el cual permitirá determinar el antibiótico más sensible para establecer el tratamiento más adecuado para el paciente. Con este tratamiento, finaliza el procedimiento de análisis urinario en los laboratorios clínicos.

CONCLUSIONES

El análisis de orina posibilita estudiar las diversas características de una muestra mediante el examen físico, las tiras reactivas, el estudio del sedimento urinario y el urocultivo. Cada uno de estos métodos nos proporciona información relevante para la detección de diversas alteraciones y patologías relacionadas con el tracto urinario.

Los artículos académicos revisados en este trabajo nos permiten mostrar como la automatización y estandarización de los procedimientos nos permite proporcionar resultados más fiables y de calidad con mayor especificidad y sensibilidad, así como disminuir los errores en algunos procesos. Por ello, es importante el trabajo y el papel de los técnicos de laboratorio, en este sentido, ya que serán ellos quienes proporcionen los resultados necesarios para que el facultativo elabore un diagnóstico y el paciente reciba el tratamiento adecuado. Es necesario, por tanto, conocer las técnicas empleadas, los límites y posibles errores con la finalidad de evitarlos y seguir un protocolo previamente establecido garantizando la máxima calidad y veracidad de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

del Carmen Laso, M. (2002). Interpretación del análisis de orina. *Arch. argent. pediatr*, *100*(2), 179. https://sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2002/179.pdf

Fernández, D. J., Di Chiazza, S., Veyretou, F. P., & González, L. M. (2014). Análisis de orina: estandarización y control de calidad. *Acta bioquímica clínica latinoamericana*, *48*(2), 213-221. https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-29572014000200006

Jinde, Y. N. Q., & Toapanta, V. H. G. (2023). La automatización del examen de orina vista desde el Laboratorio Clínico una revisión bibliográfica: The automation of the urine test seen from the Clinical Laboratory a bibliographical review. *Latam: revista latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, *4*(2), 95. file:///Users/rosaliafreijanesrua/Downloads/Dialnet-LaAutomatizacionDelExamenDeOrinaVistaDesdeElLabora-9585941.pdf

Kouri, T. T., Hofmann, W., Falbo, R., Oyaert, M., Schubert, S., Gertsen, J. B., ... & Pestel-Caron, M. (2024). The EFLM European Urinalysis Guideline 2023. *Clinical Chemistry & Laboratory Medicine*, *62*(9), 1653. file:///Users/rosaliafreijanesrua/Downloads/KouriT_etal_EFLM_Urinalysis_Guideline_2023_CCLM_2024-0070-print.pdf

Payán, A., Valencia, C. P., Amaya, M. V., Arango, J., Mosquera, M., & Quiroz, C. (1999). Validez de dos métodos de cultivo y recuento bacteriano empleados en el diagnóstico de infecciones urinarias. *Colombia Médica*, *30*(4), 161-166. https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/140/2501

Triantafilo, V. (2001). Recomendaciones para el diagnóstico microbiológico de la infección urinaria. *Rev Chil Infect*, *18*(1), 57-63.

Tinción de Ziehl Neelsen para el diagnóstico de micobacterias en laboratorios de análisis clínico y biomédico

PALABRAS CLAVE

Ziehl Neelsen, tinción, tuberculosis, micobacterias, Mycobacterium tuberculosis, laboratorios.

RESUMEN

La tuberculosis es una enfermedad en la que la obtención de evidencias microbiológicas fiables resulta indispensable para orientar adecuadamente la actuación clínica. El análisis de las distintas estrategias disponibles manifiesta la necesidad de adaptar los procedimientos empleados a las necesidades de los pacientes, teniendo en cuenta las ventajas y limitaciones de cada uno de ellos.

En este contexto, el examen microscópico mediante tinciones diferenciales constituye un método significativo en los laboratorios de microbiología. Su utilización nos permite obtener la identificación de la micobacteria de la tuberculosis de manera rápida y eficiente.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa originada por el Mycobacterium tuberculosis cuya transmisión se produce de individuo a individuo por el aire, cuando un enfermo estornuda, tose o escupe libera gotículas con bacilos de tuberculosis. Una vez superada la primera infección, se crea una inmunidad que disminuye el riesgo de volver a padecer la enfermedad en un 10%, no obstante este riesgo aumenta en pacientes inmunodeprimidos por ejemplo por VIH o determinados tratamientos como la quimioterapia.

La Organización Mundial de la Salud propone el desarrollo de técnicas y métodos diagnósticos que favorezcan el reconocimiento de la enfermedad, así como la búsqueda activa de casos para implementar los tratamientos adecuados. Esta enfermedad, no diagnosticada a tiempo o tratada de forma inadecuada, puede resultar mortal y transmitirse rápidamente.

En el laboratorio existen diversos procedimientos que permiten detectar el Mycobacterium tuberculosis, como el cultivo de micobacterias acompañado de la tinción Ziehl Neelsen, así como algunas técnicas moleculares más avanzadas.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una búsqueda exhaustiva y estructurada de información con la finalidad de recabar la literatura científica disponible acerca de la temática de este trabajo, relacionada con la tuberculosis en muestras de laboratorio y las estrategias para identificarla. Para ello, se han consultado diversas fuentes

bibliográficas en relación al ámbito biomédico, con la finalidad de asegurar la calidad y relevancia de la información recogida en este documento.

La búsqueda se realizó a través de internet en portales de páginas webs como PubMed, SciELO o LiLACS, para ella se utilizaron palabras clave y se consultó la bibliografía de otras publicaciones. Posteriormente, la información fue analizada y cribada, para recogerla de forma significativa en el presente trabajo.

RESULTADOS

El proceso diagnóstico de la tuberculosis conlleva la realización de procedimientos fundamentales como la detección, el aislamiento y la identificación del bacilo causante de la enfermedad. Los cultivos de microrganismos son los más sensibles, pero conllevan más tiempo. Por otro lado, las técnicas moleculares se caracterizan por ser más rápidas, no obstante reducen la sensibilidad.

La técnica Ziehl Neelsen sobre muestras respiratorias, sin haberlas cultivado previamente, ofrece ventajas significativas en términos de rapidez, precisión y facilidad de uso. El objetivo principal de esta tinción radica en identificar con el microscopio la ausencia o presencia de bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) que son indicativos de tuberculosis. En la actualidad, esta técnica continua considerándose como la forma más eficiente y menos costosa para llevar a cabo el diagnóstico de esta enfermedad. Con el uso de colorantes como la fucsina fenicada y el azul de metileno, aplicando también calentamientos durante la tinción y utilizando como decolorante una solución de alcohol y ácido clorhídrico conseguiremos obtener una muestra que tiña de color rosa los bacilos causantes de la tuberculosis.

Por ello, la tinción Ziehl Neelsen es la tinción diferencial más apropiada para utilizar en los laboratorios, abalada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Unión Internacional Contra la Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias, ya que asegura resultados fiables y reproducibles con un método sencillo y económico.

CONCLUSIONES

El análisis realizado evidencia que la tuberculosis y su diagnóstico microbiológico deben entenderse como un proceso en el que cada metodología puede aportarnos una información diferente. La observación de bacilos BAAR permite establecer una primera orientación sobre la presencia de tuberculosis, no obstante el diagnóstico debe realizarse dentro de un conjunto de datos obtenidos, por ejemplo incluyendo el cultivo microbiológico en medios específicos y considerando las características de la muestra analizada.

Desde el ámbito de los laboratorios clínicos, el mantenimiento de tinciones diferenciales como la Ziehl Neelsen demuestra que las técnicas convencionales continúan siendo de gran utilidad incluso en un contexto en el que aparecen nuevas técnicas moleculares.

BIBLIOGRAFÍA

BRICEÑO RODRÍGUEZ, C. D. (2007). Identificación de bacilos ácido-alcohol resistentes en imágenes digitales de muestras de expectoraciones teñidas con la técnica Ziehl-Neelsen tradicional. http://repositorioinstitucional.unison.mx/handle/20.500.12984/7844

Chávez Rodríguez, M. A. (2015). Validación del preparador automático de muestras de esputo para el diagnóstico de TBC. https://repositorio.pucp.edu.pe/items/6e450e09-06b2-47a2-b79a-47bb20419a7c

Graterol, O. A., Barreto, M. E., Ramos, N. A., Fernández, S., Da Mata, O. J., & Angulo, J. A. (2016). Diseño del kit de tinción Ziehl Neelsen del Instituto nacional de Higiene “Rafael Rangel”. *Rev. Inst. Nac. Hig*, 14-17. https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0798-04772016000100003

Martínez-Saltos, F. E., Medina-Vaca, L. E., Bermeo-Iñiguez, L. M., & Villavicencio-Gutiérrez, A. E. (2025). ESTUDIO MICROBIOLÓGICO CLÁSICO DE MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS. *REVISTA CIENTÍFICA MULTIDISCIPLINARIA ARBITRADA YACHASUN-ISSN: 2697-3456*, *9*(17), 555-567. https://editorialibkn.com/index.php/Yachasun/article/view/735/1240

Rincón-Caballero, O. L., Cano-Romero, M. A., & Aristizábal-Berna, B. H. (2017). Diagnóstico de tuberculosis pulmonar en lavado broncoalveolar: desempeño de la PCR en comparación con las pruebas microbiológicas de rutina. *Medicina & Laboratorio*, *23*(9-10), 475-484. https://www.redalyc.org/pdf/7164/716479660005.pdf

CULTURA DE SEGURIDAD Y NOTIFICACIÓN DE INCIDENCIAS EN EL ENTORNO DE TRABAJO

Resumen

La seguridad en una organización depende en gran medida de la capacidad para detectar, comunicar y analizar situaciones que puedan generar daños, errores o problemas en el funcionamiento diario.

Cualquier profesional, sanitario o no sanitario, puede identificar una incidencia: una avería, una deficiencia en las instalaciones, un fallo de organización, un problema con un equipo o una situación que pueda afectar a trabajadores o usuarios.

Notificar estas situaciones permite actuar antes de que se conviertan en problemas mayores.

Palabras clave: seguridad; incidencias; prevención; trabajadores; organización; mejora continua.

Introducción

Las incidencias forman parte de cualquier entorno laboral complejo.

Lo importante no es únicamente resolverlas cuando aparecen, sino disponer de mecanismos que permitan identificarlas, comunicarlas y analizar sus causas.

Una cultura de seguridad debe favorecer que los trabajadores puedan comunicar problemas sin miedo y que la organización utilice esa información para mejorar.

Aspectos fundamentales

- Disponer de canales claros para comunicar incidencias.
- Registrar adecuadamente los problemas detectados.
- Actuar con rapidez ante situaciones de riesgo.
- Analizar las causas y no limitarse a solucionar las consecuencias.
- Informar a los trabajadores de las medidas adoptadas.
- Evitar que las mismas incidencias se repitan.
- Promover una cultura orientada a la prevención y la mejora.

Conclusiones

Comunicar una incidencia no debe entenderse como buscar responsables.

Debe servir para detectar fallos, mejorar procedimientos y evitar que un problema vuelva a producirse.

La seguridad es responsabilidad de toda la organización.

GESTIÓN DE RESIDUOS Y RESPONSABILIDAD AMBIENTAL EN LOS CENTROS DE TRABAJO

Resumen

Los centros sanitarios, sociosanitarios y administrativos generan diariamente diferentes tipos de residuos.

Su correcta separación, almacenamiento y eliminación contribuye a proteger a trabajadores, usuarios y medio ambiente.

La gestión adecuada de los residuos no corresponde únicamente a determinados servicios. Todas las categorías profesionales pueden contribuir mediante prácticas responsables.

Palabras clave: residuos; sostenibilidad; medio ambiente; trabajadores; prevención; gestión.

Introducción

Papel, envases, materiales sanitarios, residuos orgánicos, productos químicos o materiales potencialmente peligrosos requieren formas diferentes de gestión.

Una separación incorrecta puede incrementar riesgos y generar un impacto ambiental innecesario.

Buenas prácticas

- Conocer los diferentes tipos de contenedores existentes.
- Depositar cada residuo en el recipiente correspondiente.
- No mezclar residuos peligrosos con residuos ordinarios.
- Evitar llenar excesivamente los recipientes.
- Comunicar cualquier problema relacionado con su almacenamiento.
- Reducir el consumo innecesario de materiales.
- Favorecer la reutilización cuando sea posible y esté permitida.
- Utilizar responsablemente papel, agua y energía.

Conclusiones

Una gestión adecuada de los residuos forma parte de la responsabilidad colectiva de cualquier centro.

Pequeñas actuaciones realizadas diariamente por todos los trabajadores pueden contribuir a reducir riesgos y mejorar la sostenibilidad.

ACCESIBILIDAD Y ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD

Resumen

La accesibilidad no depende exclusivamente de la eliminación de barreras arquitectónicas.

También comprende la comunicación, la información, la señalización y la forma en la que los profesionales atienden a personas con diferentes necesidades.

Todos los trabajadores pueden contribuir a conseguir unos servicios más accesibles.

Palabras clave: accesibilidad; discapacidad; inclusión; comunicación; atención; servicios públicos.

Introducción

Las personas pueden presentar dificultades de movilidad, visión, audición, comprensión o comunicación.

En ocasiones, pequeños obstáculos pueden convertirse en importantes barreras para acceder a un servicio.

La atención debe adaptarse a las necesidades de cada persona respetando siempre su autonomía.

Principios de actuación

- Dirigirse directamente a la persona y no únicamente a su acompañante.
- Preguntar antes de prestar ayuda.
- Utilizar lenguaje claro y comprensible.
- Facilitar la orientación dentro de los centros.
- Mantener despejados los itinerarios accesibles.
- Respetar los espacios reservados.
- Facilitar alternativas cuando exista una barrera de comunicación.
- Evitar prejuicios o suposiciones sobre las capacidades de una persona.

Conclusiones

La accesibilidad constituye una responsabilidad compartida.

Un entorno accesible permite que todas las personas puedan utilizar los servicios con mayor autonomía, seguridad e igualdad.

USO RESPONSABLE DE LOS RECURSOS PÚBLICOS EN EL TRABAJO DIARIO

Resumen

Equipos, instalaciones, materiales, suministros y recursos tecnológicos forman parte de los medios necesarios para prestar adecuadamente los servicios públicos.

Su utilización responsable permite reducir desperdicios, prevenir averías y garantizar que los recursos estén disponibles cuando realmente se necesitan.

Palabras clave: recursos públicos; eficiencia; materiales; sostenibilidad; organización; trabajadores.

Introducción

El funcionamiento diario de los centros requiere importantes recursos materiales y económicos.

Un consumo innecesario o una utilización incorrecta puede generar costes adicionales y dificultades organizativas.

La eficiencia no debe significar reducir recursos necesarios, sino utilizarlos correctamente.

Buenas prácticas

- Evitar consumos innecesarios.
- Utilizar correctamente equipos y materiales.
- Comunicar averías o deterioros.
- Evitar acumulaciones injustificadas de material.
- Revisar necesidades antes de solicitar nuevos recursos.
- Apagar equipos cuando no sea necesario mantenerlos encendidos.
- Cuidar los espacios e instalaciones comunes.
- Utilizar los recursos públicos exclusivamente para las funciones correspondientes.

Conclusiones

Cuidar los recursos públicos contribuye a mejorar el funcionamiento de los servicios.

La eficiencia debe basarse en una buena organización y en disponer de los medios suficientes para trabajar correctamente.

ORIENTACIÓN Y ACOGIDA DEL PERSONAL DE NUEVA INCORPORACIÓN

Resumen

La incorporación a un nuevo puesto de trabajo requiere conocer funciones, procedimientos, instalaciones, riesgos y organización interna.

Una adecuada acogida facilita la adaptación del trabajador, reduce errores y mejora la integración dentro del equipo.

Este proceso resulta importante para cualquier categoría profesional.

Palabras clave: acogida; incorporación; trabajadores; formación; organización; prevención.

Introducción

Comenzar a trabajar en un nuevo servicio puede generar dudas incluso en profesionales con experiencia.

Cada centro tiene procedimientos, circuitos y características propias que deben conocerse desde el inicio.

La incorporación no debería limitarse a indicar al trabajador dónde debe empezar a trabajar.

Una adecuada acogida debería incluir

- Información sobre las funciones del puesto.

- Presentación del equipo y responsables.
- Conocimiento de las instalaciones.
- Información sobre horarios y organización.
- Procedimientos habituales de trabajo.
- Medidas de prevención de riesgos laborales.
- Actuación ante incidencias.
- Información sobre emergencias.
- Acceso a aplicaciones y herramientas necesarias.
- Identificación de una persona de referencia para resolver dudas iniciales.

Conclusiones

Una buena acogida facilita la integración, mejora la seguridad y favorece el funcionamiento del servicio.

Incorporar correctamente a un trabajador también forma parte de una buena organización.

Cultura de seguridad del paciente en las organizaciones sanitarias: una responsabilidad del personal sanitario y no sanitario

Resumen

La seguridad del paciente constituye uno de los principales componentes de la calidad asistencial y requiere la participación coordinada de todos los profesionales que forman parte de una organización sanitaria. Aunque tradicionalmente se ha relacionado principalmente con las actuaciones clínicas, numerosos procesos administrativos, técnicos, logísticos y organizativos pueden influir directa o indirectamente en la seguridad de las personas atendidas. El presente trabajo está dirigido de manera transversal al **personal sanitario y no sanitario** de centros e instituciones sanitarias. Su objetivo es analizar los principales elementos que conforman una cultura de seguridad y destacar la importancia de la participación de todas las categorías profesionales. Se realizó una revisión narrativa y documental de normativa y documentación institucional relacionada con seguridad del paciente y calidad asistencial. Los resultados muestran la importancia de la identificación correcta, comunicación eficaz, notificación de incidentes, cumplimiento de protocolos y aprendizaje organizativo. Se concluye que la seguridad del paciente no depende exclusivamente de quienes realizan procedimientos clínicos, sino del funcionamiento coordinado de toda la organización.

Palabras clave

Personal sanitario; personal no sanitario; seguridad del paciente; calidad asistencial; cultura de seguridad; trabajo en equipo.

Introducción

La seguridad del paciente puede definirse, en términos generales, como el conjunto de actuaciones destinadas a reducir los riesgos y daños evitables asociados a la atención sanitaria.

La complejidad de los sistemas sanitarios actuales implica la intervención de numerosos profesionales. En el recorrido de una persona por un hospital o centro sanitario pueden participar facultativos, profesionales de enfermería, técnicos, celadores, personal administrativo, mantenimiento, limpieza y otras categorías.

Por este motivo, la seguridad no puede entenderse como responsabilidad exclusiva del personal que realiza actuaciones clínicas.

Un error en la identificación administrativa, una deficiencia en la comunicación, una incidencia de mantenimiento o una incorrecta señalización pueden repercutir sobre el funcionamiento del proceso asistencial.

Este trabajo está dirigido expresamente a **personal sanitario y no sanitario**, partiendo de la idea de que cada profesional puede contribuir a la seguridad desde sus propias competencias.

El objetivo es analizar los principales componentes de una cultura organizativa de seguridad aplicable transversalmente a las diferentes categorías profesionales de las instituciones sanitarias.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de legislación y documentación institucional relacionada con seguridad del paciente, calidad sanitaria y gestión de riesgos.

Se consultaron documentos del Ministerio de Sanidad y de la Organización Mundial de la Salud, así como normativa española relacionada con la calidad del Sistema Nacional de Salud.

La información se agrupó en cinco áreas: identificación, comunicación, cumplimiento de procedimientos, notificación de incidentes y aprendizaje organizativo.

No se utilizaron datos de pacientes ni se realizaron intervenciones experimentales.

Resultados

La revisión documental muestra que la seguridad del paciente requiere una visión sistémica.

La identificación correcta constituye un elemento transversal. El personal sanitario debe comprobar la identidad antes de determinadas actuaciones asistenciales, mientras que el personal administrativo participa en procesos de registro y gestión de información que también requieren una identificación adecuada.

La comunicación representa otro factor fundamental. La transmisión incompleta o incorrecta de información puede generar errores entre unidades, profesionales o turnos.

El cumplimiento de los protocolos permite homogeneizar procedimientos y reducir variaciones evitables. Cada trabajador debe conocer aquellos que afectan a su actividad.

Otro elemento identificado es la comunicación de incidentes y situaciones de riesgo. Detectar una circunstancia potencialmente peligrosa antes de que ocasione consecuencias permite adoptar medidas preventivas.

Finalmente, una cultura de seguridad requiere analizar los incidentes con una perspectiva orientada al aprendizaje y a la mejora de los procesos.

Discusión

La seguridad del paciente depende de múltiples barreras sucesivas. No todas ellas son estrictamente clínicas.

El personal no sanitario puede detectar riesgos relacionados con instalaciones, identificación, circulación de información o funcionamiento organizativo. Del mismo modo, el personal sanitario puede identificar problemas relacionados con procedimientos asistenciales.

La coordinación entre ambos grupos permite abordar riesgos que difícilmente podrían identificarse desde una única perspectiva profesional.

Una cultura de seguridad madura debe facilitar la comunicación de problemas y promover el aprendizaje. El análisis de los incidentes permite detectar factores organizativos y desarrollar medidas preventivas.

Resulta igualmente importante diferenciar las competencias profesionales. La participación transversal no significa que todos los trabajadores realicen las mismas actuaciones, sino que cada categoría contribuya a la seguridad desde las responsabilidades que tiene asignadas.

Conclusiones

La seguridad del paciente constituye una responsabilidad compartida por toda la organización sanitaria.

Tanto el personal sanitario como el personal no sanitario pueden contribuir a prevenir incidentes.

La identificación correcta, la comunicación eficaz y el cumplimiento de protocolos constituyen elementos fundamentales.

La detección y comunicación de situaciones de riesgo favorecen la prevención.

El análisis de incidentes debe orientarse hacia el aprendizaje y la mejora continua.

La cultura de seguridad debe integrarse transversalmente en todas las categorías profesionales de las instituciones sanitarias.

Bibliografía

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. Gobierno de España.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. WHO.

World Health Organization. (2019). *Patient safety: Global action on patient safety*. WHO.

Confidencialidad y protección de datos en centros sanitarios: buenas prácticas para personal sanitario y no sanitario

Resumen

Las organizaciones sanitarias gestionan diariamente grandes cantidades de información personal, incluyendo datos relativos a la salud que requieren una protección especialmente rigurosa. El acceso a esta información no se limita a los profesionales asistenciales, ya que determinadas categorías administrativas, técnicas y de gestión pueden necesitar tratar datos personales para desarrollar sus funciones. El presente trabajo está dirigido transversalmente al **personal sanitario y no sanitario** de instituciones sanitarias. Su objetivo es analizar los principios fundamentales de confidencialidad y protección de datos aplicables al trabajo cotidiano. Se realizó una revisión narrativa de normativa europea y española sobre protección de datos y documentación clínica. Los resultados destacan la importancia de limitar el acceso a la información necesaria, proteger las credenciales, evitar conversaciones indiscretas, utilizar correctamente los canales institucionales y extremar las precauciones al manejar documentación. Se concluye que la confidencialidad constituye una obligación compartida por todos los profesionales que acceden legítimamente a información personal en el desarrollo de sus funciones.

Palabras clave

Personal sanitario; personal no sanitario; protección de datos; confidencialidad; privacidad; información sanitaria.

Introducción

La información relacionada con la salud posee un elevado nivel de sensibilidad. Una divulgación indebida puede afectar a la intimidad y derechos de las personas.

Los centros sanitarios necesitan manejar esta información para prestar asistencia y desarrollar numerosos procesos organizativos. En consecuencia,

diferentes profesionales pueden tener acceso a determinados datos en función de sus responsabilidades.

El personal sanitario consulta información necesaria para la atención. Por su parte, determinadas categorías de personal no sanitario pueden manejar datos relacionados con citaciones, admisión, facturación, documentación, sistemas informáticos u otras actividades.

El acceso profesional a los sistemas no significa que pueda consultarse cualquier información disponible.

El Reglamento General de Protección de Datos establece una protección específica para los datos relativos a la salud, mientras que la legislación española desarrolla las garantías aplicables al tratamiento de información personal.

Este trabajo está dirigido tanto al **personal sanitario como al personal no sanitario**, con el objetivo de revisar buenas prácticas de confidencialidad aplicables de manera transversal.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa europea y española relacionada con protección de datos, privacidad y documentación clínica.

Se analizaron el Reglamento (UE) 2016/679, la Ley Orgánica 3/2018 y la Ley 41/2002.

Los contenidos se clasificaron en acceso a la información, seguridad de credenciales, comunicación, documentación y utilización de dispositivos.

Resultados

La revisión identifica el principio de acceso limitado como uno de los aspectos fundamentales. Cada profesional debe acceder únicamente a la información necesaria para desarrollar las funciones que tiene asignadas.

Las credenciales de acceso son personales. Compartir contraseñas dificulta la trazabilidad y puede comprometer la seguridad.

Las pantallas de los equipos deben protegerse frente a visualizaciones por personas no autorizadas y las sesiones deben bloquearse cuando el profesional abandona el puesto.

La documentación física también requiere medidas de seguridad. No debe permanecer abandonada en lugares accesibles al público.

Las conversaciones constituyen otra posible fuente de pérdida de confidencialidad. Comentar información de pacientes en pasillos, ascensores, cafeterías u otros espacios inadecuados puede vulnerar su privacidad.

También deben utilizarse exclusivamente los canales autorizados por la organización para transmitir información relacionada con el trabajo.

Discusión

La protección de datos suele asociarse a los sistemas informáticos, pero la confidencialidad abarca muchas otras situaciones cotidianas.

Una conversación escuchada por terceros o un documento olvidado en una impresora pueden generar una exposición de información sin que exista ningún ataque informático.

Por ello, la formación debe dirigirse tanto al personal sanitario como al no sanitario.

La responsabilidad concreta dependerá de las funciones de cada categoría. Sin embargo, el principio común consiste en utilizar únicamente la información necesaria para realizar el trabajo y protegerla frente a accesos o comunicaciones indebidas.

La digitalización aumenta la disponibilidad de datos y aporta importantes ventajas, pero también exige mantener hábitos seguros de utilización de los sistemas.

Conclusiones

La confidencialidad es una obligación transversal en las organizaciones sanitarias.

El personal sanitario y no sanitario debe acceder exclusivamente a la información necesaria para desarrollar sus funciones.

Las credenciales personales no deben compartirse.

La protección debe abarcar sistemas informáticos, documentación física y conversaciones.

Los canales institucionales deben utilizarse para la transmisión de información profesional.

La formación continuada en privacidad y protección de datos debe alcanzar a todas las categorías profesionales.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales*. Diario Oficial de la Unión Europea, L 119.

Prevención de riesgos laborales en instituciones sanitarias: enfoque transversal para personal sanitario y no sanitario

Resumen

Los centros sanitarios constituyen entornos laborales complejos en los que pueden coexistir riesgos biológicos, físicos, químicos, ergonómicos y psicosociales. Aunque determinados riesgos afectan con mayor intensidad a categorías concretas, la prevención requiere una cultura compartida por toda la organización. Este trabajo está dirigido al **personal sanitario y no sanitario** que desarrolla su actividad en hospitales, centros de salud y otras instituciones sanitarias. Su objetivo es analizar los principales grupos de riesgos laborales y destacar la importancia de las medidas preventivas adaptadas a cada puesto. Se realizó una revisión narrativa de normativa española y documentación institucional sobre prevención de riesgos laborales. Los resultados muestran que la formación, utilización adecuada de equipos de protección cuando corresponda, ergonomía, higiene, prevención de accidentes y correcta comunicación de incidencias son elementos fundamentales. Se concluye que la prevención debe integrarse en la actividad diaria y adaptarse a las características de cada categoría profesional.

Palabras clave

Personal sanitario; personal no sanitario; prevención de riesgos laborales; ergonomía; riesgos biológicos; seguridad laboral.

Introducción

Los centros sanitarios reúnen una gran diversidad de profesionales y actividades.

El personal sanitario puede encontrarse expuesto a riesgos relacionados con agentes biológicos, productos químicos, movilización de pacientes o determinadas tecnologías. El personal no sanitario también puede estar expuesto a riesgos ergonómicos, caídas, violencia externa, manipulación de cargas o factores psicosociales.

Además, algunos riesgos afectan transversalmente a diferentes categorías.

La Ley 31/1995 establece los principios generales de prevención y reconoce el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud laboral.

Este trabajo está dirigido al **personal sanitario y no sanitario**, entendiendo que la prevención requiere tanto medidas organizativas como participación activa de los trabajadores.

El objetivo es analizar los principales riesgos compartidos y las medidas generales que favorecen entornos laborales más seguros.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales y documentación del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.

Los riesgos se clasificaron en cinco grupos: biológicos, físicos y químicos, ergonómicos, accidentes y factores psicosociales.

Se analizaron medidas preventivas generales, sin sustituir las evaluaciones específicas necesarias para cada puesto de trabajo.

Resultados

Los riesgos biológicos adquieren especial relevancia para determinados profesionales asistenciales, aunque otras categorías también pueden encontrarse expuestas dependiendo de su actividad.

La higiene de manos y el cumplimiento de las medidas preventivas establecidas contribuyen a reducir determinados riesgos.

Los trastornos musculoesqueléticos pueden afectar a múltiples categorías. La movilización de pacientes, manipulación de cargas y mantenimiento prolongado de posturas pueden generar sobrecarga.

El trabajo administrativo presenta riesgos ergonómicos asociados a pantallas de visualización, sedestación prolongada y movimientos repetitivos.

Las caídas y accidentes derivados de obstáculos o superficies inadecuadas pueden afectar a cualquier trabajador.

Finalmente, los factores psicosociales, como determinadas situaciones de elevada carga de trabajo, conflictos o exposición a violencia externa, también requieren evaluación y prevención.

Discusión

La prevención eficaz requiere abandonar la idea de que todos los profesionales de un centro sanitario están sometidos a los mismos riesgos.

El enfoque transversal significa implicar a todas las categorías, pero adaptar las medidas a las características de cada puesto.

Un profesional sanitario que manipula material biológico necesita medidas diferentes a las de un trabajador administrativo que permanece varias horas frente a una pantalla. Ambos, sin embargo, forman parte del mismo sistema preventivo.

La formación debe adaptarse a los riesgos reales de cada puesto y actualizarse cuando cambian las condiciones de trabajo.

La comunicación de incidentes y deficiencias permite intervenir antes de que se produzcan nuevos accidentes.

Conclusiones

La prevención de riesgos laborales implica tanto al personal sanitario como al personal no sanitario.

Cada categoría presenta riesgos específicos que deben evaluarse adecuadamente.

Existen también riesgos transversales relacionados con ergonomía, accidentes y factores psicosociales.

La formación y el cumplimiento de las medidas preventivas constituyen herramientas esenciales.

La comunicación de situaciones peligrosas permite adoptar medidas correctoras.

La prevención debe integrarse de forma permanente en la organización y en la actividad cotidiana de todos los trabajadores.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

España. (1997). *Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención*. Boletín Oficial del Estado, 27.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s. f.). *Prevención de riesgos laborales*. INSST.

World Health Organization & International Labour Organization. (2022). *Caring for those who care: Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers*. WHO.

Comunicación y trabajo en equipo en instituciones sanitarias: colaboración entre personal sanitario y no sanitario

Resumen

La atención sanitaria depende de la coordinación de numerosos profesionales con competencias diferentes. Los problemas de comunicación pueden generar retrasos, duplicidades, errores organizativos y dificultades en la continuidad de los procesos. El presente trabajo está dirigido de forma transversal al **personal sanitario y no sanitario** de las instituciones sanitarias. Su objetivo es analizar la importancia de la comunicación interna, el respeto de las competencias profesionales y el trabajo en equipo. Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con seguridad del paciente, calidad y colaboración profesional. Los resultados muestran que los canales definidos de comunicación, la transmisión estructurada de información, la actualización de procedimientos y la correcta gestión de incidencias favorecen el funcionamiento de los equipos. También se observa que la colaboración no implica que todos los profesionales desarrollen las mismas funciones, sino que conozcan sus responsabilidades y las de otros miembros del equipo. Se concluye que una comunicación eficaz entre personal sanitario y no sanitario constituye un elemento esencial para la calidad organizativa.

Palabras clave

Personal sanitario; personal no sanitario; comunicación; trabajo en equipo; coordinación; calidad asistencial.

Introducción

El funcionamiento de una institución sanitaria depende de profesionales con formaciones y responsabilidades muy diferentes.

La atención de un paciente puede requerir la intervención coordinada de personal médico, enfermería, técnicos, celadores, administrativos, limpieza, mantenimiento y otras categorías.

Cada profesional desarrolla funciones específicas, pero ninguna unidad funciona completamente aislada.

Los problemas de comunicación pueden provocar pérdida de información, retrasos o realización de actuaciones duplicadas.

Por ello, la colaboración debe establecerse sobre procedimientos conocidos y canales adecuados de transmisión de información.

Este trabajo está dirigido expresamente al **personal sanitario y no sanitario**, dado que ambos grupos participan en el funcionamiento global de los centros.

El objetivo es analizar los elementos que favorecen una comunicación eficaz y un trabajo coordinado respetando las competencias de cada categoría.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación institucional relacionada con seguridad del paciente, comunicación profesional y calidad sanitaria.

La información se agrupó en cuatro dimensiones: canales de comunicación, delimitación de competencias, gestión de incidencias y cultura de equipo.

No se realizaron encuestas ni estudios observacionales sobre trabajadores.

Resultados

La revisión identifica la existencia de canales claros como un factor fundamental. La información relevante debe transmitirse utilizando los mecanismos establecidos por la organización.

La delimitación de competencias reduce confusiones. Un profesional debe saber qué actuaciones puede realizar directamente y cuáles debe derivar a otra categoría.

Los cambios de procedimientos requieren mecanismos adecuados de difusión. Cuando la información no llega simultáneamente a todos los profesionales implicados pueden aparecer instrucciones contradictorias.

La gestión de incidencias constituye otro punto relevante. Los trabajadores deben conocer a quién comunicar una situación que no pueden resolver dentro de sus competencias.

La colaboración entre personal sanitario y no sanitario puede favorecer una visión más completa de los procesos, ya que cada grupo identifica problemas desde perspectivas diferentes.

Discusión

Trabajar en equipo no significa eliminar los límites profesionales. La colaboración eficaz requiere precisamente conocer y respetar las competencias de cada categoría.

El personal no sanitario aporta conocimientos fundamentales sobre procesos administrativos, logísticos y organizativos. El personal sanitario aporta las competencias relacionadas con la atención clínica que correspondan a su profesión.

La coordinación entre ambas perspectivas permite que el proceso funcione de manera integrada.

También resulta importante mantener una comunicación respetuosa. Las estructuras jerárquicas no deberían impedir que un profesional comunique una incidencia relevante.

Las organizaciones pueden favorecer esta colaboración mediante procedimientos claros, formación conjunta y espacios adecuados para la comunicación.

Conclusiones

La comunicación constituye un elemento fundamental del funcionamiento de las instituciones sanitarias.

El trabajo en equipo implica tanto al personal sanitario como al no sanitario.

La delimitación clara de funciones favorece una coordinación segura.

Los canales oficiales permiten transmitir información de manera más ordenada y trazable.

Las incidencias deben comunicarse a los profesionales o unidades competentes.

La colaboración entre diferentes categorías contribuye a mejorar la continuidad, eficiencia y calidad de los procesos.

Bibliografía

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2016). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. Gobierno de España.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030: Towards eliminating avoidable harm in health care*. WHO.

Sostenibilidad ambiental en los centros sanitarios: participación del personal sanitario y no sanitario

Resumen

Las instituciones sanitarias consumen energía, agua, materiales y numerosos productos necesarios para desarrollar su actividad. La búsqueda de modelos organizativos ambientalmente sostenibles requiere la participación de profesionales con funciones asistenciales, administrativas, técnicas y de apoyo. El presente trabajo está dirigido al **personal sanitario y no sanitario** de los centros sanitarios y tiene como objetivo analizar actuaciones transversales que pueden contribuir a un uso responsable de los recursos. Se realizó una revisión narrativa de documentación institucional sobre sostenibilidad y gestión ambiental en el ámbito sanitario. Los resultados muestran que la adecuada segregación de residuos, reducción de consumos innecesarios, utilización responsable de materiales, digitalización racional y eficiencia energética constituyen áreas de actuación relevantes. Sin embargo, las medidas ambientales deben aplicarse sin comprometer la seguridad, prevención de infecciones, protección de datos o calidad asistencial. Se concluye que la sostenibilidad sanitaria requiere una estrategia institucional y la participación coordinada de personal sanitario y no sanitario.

Palabras clave

Personal sanitario; personal no sanitario; sostenibilidad; medio ambiente; residuos sanitarios; eficiencia.

Introducción

La prestación de servicios sanitarios requiere un consumo considerable de recursos y genera diferentes tipos de residuos.

La sostenibilidad se ha convertido en un objetivo relevante para las organizaciones que buscan reducir su impacto ambiental manteniendo simultáneamente la calidad y seguridad de los servicios.

Esta responsabilidad no corresponde exclusivamente a una categoría profesional.

El personal sanitario participa en decisiones y actuaciones relacionadas con la utilización de materiales y generación de determinados residuos. El personal no

sanitario interviene en procesos administrativos, logísticos, mantenimiento, limpieza, compras y otras actividades igualmente relevantes.

Por esta razón, el presente trabajo está dirigido de forma transversal al **personal sanitario y no sanitario**.

El objetivo es identificar prácticas generales que pueden favorecer una utilización responsable de recursos dentro de los centros sanitarios.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación de organismos nacionales e internacionales relacionada con sostenibilidad ambiental y funcionamiento de instituciones sanitarias.

Los contenidos fueron clasificados en cuatro ámbitos: residuos, consumo de materiales, utilización de energía y digitalización.

Se excluyeron recomendaciones que pudieran comprometer las normas de seguridad, prevención de infecciones o confidencialidad.

Resultados

La correcta segregación de residuos constituye una de las actuaciones más relevantes. Los diferentes residuos generados en los centros requieren circuitos específicos conforme a sus características y normativa aplicable.

La reducción de consumos innecesarios representa otra oportunidad de mejora. Esta actuación debe centrarse en evitar desperdicios y no en restringir materiales necesarios para una atención segura.

En las áreas administrativas, la utilización de procedimientos digitales puede reducir determinadas impresiones, siempre que se respeten los requisitos de documentación, accesibilidad y protección de datos.

La eficiencia energética también implica a diferentes categorías. El uso adecuado de iluminación, climatización y equipamiento puede integrarse en políticas institucionales de sostenibilidad.

La formación aparece como elemento transversal, ya que los trabajadores necesitan conocer cómo gestionar correctamente los recursos relacionados con su actividad.

Discusión

La sostenibilidad sanitaria presenta una particularidad fundamental: las medidas ambientales no pueden comprometer la seguridad.

Por ejemplo, determinados materiales de un solo uso son necesarios por motivos de prevención de infecciones. Su reducción indiscriminada no constituiría una práctica responsable si incrementara riesgos.

Del mismo modo, reutilizar papel que contiene información confidencial podría vulnerar la protección de datos.

La sostenibilidad debe basarse, por tanto, en procedimientos evaluados y establecidos por la organización.

La participación de personal sanitario y no sanitario resulta fundamental porque el impacto ambiental se genera en múltiples áreas del centro.

Las pequeñas actuaciones individuales pueden contribuir, pero los cambios de mayor alcance requieren planificación institucional.

Conclusiones

La sostenibilidad ambiental es una responsabilidad transversal dentro de las instituciones sanitarias.

El personal sanitario y no sanitario puede contribuir desde las funciones propias de cada categoría.

La correcta gestión de residuos constituye una actuación fundamental.

La reducción de consumos debe realizarse sin comprometer la seguridad ni la calidad asistencial.

La digitalización puede reducir determinados consumos, pero debe respetar la accesibilidad y protección de datos.

Las estrategias institucionales y la formación de los profesionales son esenciales para avanzar hacia centros sanitarios ambientalmente más sostenibles.

Bibliografía

World Health Organization. (2020). *WHO guidance for climate-resilient and environmentally sustainable health care facilities*. WHO.

World Health Organization. (2017). *Safe management of wastes from health-care activities: A summary*. WHO.

España. (2022). *Ley 7/2022, de 8 de abril, de residuos y suelos contaminados para una economía circular*. Boletín Oficial del Estado, 85.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Desconexión digital y prevención del tecnoestrés para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La incorporación de herramientas digitales ha transformado profundamente la organización del trabajo. El correo electrónico, las aplicaciones de mensajería, las plataformas corporativas, las videoconferencias y los sistemas informáticos permiten agilizar numerosos procesos, mejorar la comunicación y acceder rápidamente a grandes cantidades de información.

Sin embargo, esta transformación también ha generado nuevos riesgos. La utilización constante de dispositivos electrónicos, la recepción continua de notificaciones, la necesidad de aprender nuevas aplicaciones o la expectativa de estar permanentemente disponible pueden provocar una sobrecarga tecnológica conocida como tecnoestrés.

Este fenómeno puede afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario. No depende exclusivamente del tipo de profesión, sino de la intensidad y forma en la que se utilizan las tecnologías durante la jornada laboral.

Cuando las herramientas digitales facilitan el trabajo constituyen un recurso positivo. El problema aparece cuando aumentan las interrupciones, generan duplicidad de tareas, dificultan la concentración o extienden las obligaciones laborales fuera del horario de trabajo.

La desconexión digital constituye, por tanto, un elemento relevante para proteger el descanso y prevenir riesgos psicosociales.

Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre tecnoestrés, digitalización, hiperconectividad, riesgos psicosociales y desconexión laboral.

Se consultaron publicaciones científicas y documentos elaborados por organismos especializados en prevención de riesgos laborales y salud ocupacional.

Las palabras clave utilizadas fueron “tecnoestrés”, “desconexión digital”, “sobrecarga tecnológica”, “hiperconectividad”, “riesgos psicosociales” y “salud laboral”.

Se seleccionaron principalmente estudios relacionados con el impacto de las tecnologías sobre el bienestar de los trabajadores y las medidas preventivas aplicables en diferentes sectores profesionales.

Resultados

El tecnoestrés puede manifestarse de diferentes maneras. Algunas personas experimentan ansiedad ante la utilización de nuevas herramientas digitales, mientras que otras presentan agotamiento debido al uso continuado de dispositivos y aplicaciones.

Uno de los principales problemas es la sobrecarga de información.

Durante una jornada laboral pueden recibirse correos electrónicos, mensajes internos, avisos automáticos, llamadas y notificaciones procedentes de diferentes plataformas. La necesidad de comprobar constantemente estas comunicaciones puede interrumpir repetidamente las tareas principales.

Cada interrupción obliga posteriormente a recuperar la concentración, aumentando el esfuerzo mental.

Otro factor importante es la denominada tecnocomplejidad. Se produce cuando las herramientas utilizadas resultan difíciles de manejar o requieren conocimientos que los trabajadores no han tenido oportunidad de adquirir adecuadamente.

La implantación de nuevas aplicaciones sin formación suficiente puede generar inseguridad, frustración y sensación de pérdida de control sobre el propio trabajo.

También puede aparecer tecnoinvasión, entendida como la sensación de que las tecnologías permiten que el trabajo invada permanentemente la vida personal.

El acceso al correo electrónico profesional desde el teléfono móvil o la utilización de grupos de mensajería laboral pueden provocar que determinadas personas continúen pendientes del trabajo después de finalizar su jornada.

Esta situación puede dificultar la desconexión psicológica necesaria para recuperarse.

La prevención del tecnoestrés requiere establecer criterios organizativos claros.

No todas las comunicaciones requieren respuesta inmediata. Diferenciar entre asuntos urgentes y aquellos que pueden esperar permite reducir la presión asociada a la disponibilidad permanente.

También resulta recomendable evitar duplicar información a través de diferentes canales.

Cuando un mismo asunto se comunica mediante correo electrónico, aplicaciones internas y grupos de mensajería se aumenta innecesariamente la cantidad de información que deben gestionar los trabajadores.

La formación resulta igualmente fundamental.

Las nuevas herramientas deberían implantarse proporcionando tiempo y recursos suficientes para aprender a utilizarlas. No puede suponerse que todos los trabajadores poseen automáticamente las mismas competencias digitales.

La desconexión digital constituye otra medida preventiva.

Finalizada la jornada, salvo circunstancias justificadas propias de determinados puestos, los trabajadores deben disponer de un periodo en el que puedan desvincularse de las comunicaciones profesionales.

La desconexión favorece el descanso y permite recuperar los recursos mentales utilizados durante el trabajo.

También resulta útil establecer momentos específicos para consultar determinadas comunicaciones en aquellos puestos donde resulte posible, evitando comprobar constantemente el correo o las notificaciones.

Finalmente, la tecnología debería evaluarse en función de su utilidad real. Una aplicación que añade nuevos pasos administrativos sin eliminar procedimientos anteriores puede aumentar la carga de trabajo en lugar de reducirla.

Conclusiones

La digitalización ofrece numerosas ventajas, pero también puede generar nuevos riesgos laborales.

La sobrecarga de información, las interrupciones constantes, la dificultad para manejar determinadas herramientas y la disponibilidad permanente pueden provocar tecnoestrés y dificultar la recuperación después de la jornada.

La prevención debe centrarse en mejorar la organización del trabajo digital, proporcionar formación adecuada y establecer criterios claros sobre comunicaciones y disponibilidad.

La desconexión digital constituye una herramienta fundamental para proteger el descanso y separar adecuadamente el tiempo profesional del personal.

El objetivo no consiste en reducir el uso de la tecnología, sino en utilizarla de manera que facilite el trabajo sin convertirse en una nueva fuente de presión.

Bibliografía

- European Agency for Safety and Health at Work. Digitalisation and workers' safety and health. EU-OSHA.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Nuevas formas de organización del trabajo y riesgos psicosociales. INSST.
- Salanova M, Llorens S, Cifre E. The dark side of technologies: technostress among users of information and communication technologies. International Journal of Psychology. 2013.

- Tarafdar M, Cooper CL, Stich JF. The technostress trifecta: techno eustress, techno distress and design. Information Systems Journal. 2019.
- World Health Organization. Guidelines on Mental Health at Work. Geneva: WHO; 2022.

Prevención de caídas, golpes y accidentes cotidianos para personal sanitario y no sanitario

Introducción

Los accidentes laborales no siempre están relacionados con actividades especialmente peligrosas. Una parte importante de los incidentes que se producen en los centros de trabajo tiene su origen en situaciones aparentemente sencillas, como suelos mojados, objetos situados en zonas de paso, falta de iluminación, cables mal colocados o desplazamientos realizados con prisas.

Las caídas al mismo nivel, los golpes contra objetos y los tropiezos pueden afectar a trabajadores de prácticamente cualquier categoría profesional.

Aunque en muchas ocasiones sus consecuencias son leves, también pueden provocar esguinces, fracturas, contusiones y periodos prolongados de incapacidad temporal.

La prevención de estos accidentes requiere combinar unas instalaciones adecuadas con hábitos de trabajo seguros y una correcta organización de los espacios.

El orden y la limpieza no deben considerarse únicamente cuestiones estéticas. Constituyen medidas preventivas básicas capaces de evitar numerosos accidentes.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de documentos relacionados con seguridad en el trabajo, caídas al mismo nivel, orden y limpieza y prevención de accidentes.

Se consultaron publicaciones técnicas y documentos elaborados por organismos especializados en seguridad y salud laboral.

Las palabras clave utilizadas fueron “caídas al mismo nivel”, “accidentes laborales”, “orden y limpieza”, “seguridad laboral”, “resbalones” y “prevención de caídas”.

Resultados

Las caídas al mismo nivel pueden producirse por múltiples causas.

Uno de los factores más habituales es la presencia de líquidos o superficies deslizantes.

Cuando se detecta un derrame resulta necesario actuar rápidamente, señalizando la zona mientras se procede a su limpieza.

También pueden producirse accidentes debido a irregularidades en el pavimento, baldosas deterioradas, alfombras desplazadas o desniveles poco visibles.

Las zonas de paso deben mantenerse libres de obstáculos.

Cajas, materiales, carros, mobiliario o equipos depositados temporalmente en pasillos pueden convertirse en un riesgo, especialmente en lugares con tránsito frecuente.

Los cables eléctricos o informáticos también deben organizarse adecuadamente. Cuando atraviesan zonas de paso pueden provocar tropiezos.

La iluminación constituye otro factor relevante.

Una iluminación insuficiente dificulta detectar obstáculos, escalones o cambios de nivel. Por el contrario, una iluminación excesivamente intensa o mal orientada puede generar reflejos que también dificulten la visión.

Las escaleras requieren especial atención.

Subir o bajar apresuradamente aumenta el riesgo de pérdida de equilibrio. Siempre que sea posible deben utilizarse los pasamanos y evitar transportar objetos que impidan visualizar correctamente los peldaños.

Para acceder a zonas elevadas deben utilizarse medios adecuados.

El empleo improvisado de sillas, cajas u otros elementos como sustitutos de una escalera constituye una práctica insegura.

El calzado también puede influir en determinados entornos. Debe permitir una adecuada estabilidad y adaptarse a las características del trabajo realizado.

Otro elemento fundamental es la comunicación de deficiencias.

Una baldosa suelta, una iluminación averiada o una fuga de agua pueden parecer problemas menores, pero si no se comunican pueden terminar provocando un accidente.

La prevención depende también del ritmo de trabajo.

Las prisas favorecen desplazamientos rápidos, falta de atención y utilización incorrecta de determinados espacios.

Cuando los trabajadores deben desplazarse constantemente para atender diferentes tareas, la planificación y disponibilidad de recursos próximos al lugar de utilización pueden reducir movimientos innecesarios.

Después de un incidente, aunque no existan lesiones importantes, resulta conveniente analizar qué ocurrió.

Los denominados incidentes sin daño pueden proporcionar información valiosa sobre situaciones que podrían provocar posteriormente accidentes más graves.

Una cultura preventiva adecuada no busca culpables, sino identificar las causas y establecer medidas para evitar que una situación se repita.

Conclusiones

Las caídas, tropiezos y golpes constituyen accidentes frecuentes que pueden afectar a cualquier trabajador.

Mantener despejadas las zonas de paso, reparar rápidamente desperfectos, garantizar una iluminación adecuada y señalizar superficies peligrosas son medidas sencillas que pueden evitar numerosas lesiones.

También resulta fundamental comunicar cualquier deficiencia detectada.

La prevención de estos accidentes requiere la participación de toda la organización, pero las condiciones adecuadas de seguridad deben garantizarse desde la planificación y mantenimiento de los centros de trabajo.

La mayoría de los accidentes cotidianos no son inevitables. Analizar sus causas permite adoptar medidas preventivas eficaces.

Bibliografía

- European Agency for Safety and Health at Work. Slips, trips and falls at work. EU-OSHA.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Seguridad en los lugares de trabajo. INSST.
- International Labour Organization. Occupational Safety and Health. Geneva: ILO.
- National Institute for Occupational Safety and Health. Preventing slips, trips and falls. NIOSH.
- World Health Organization. Occupational health and worker safety. WHO.

Trabajo emocional y atención a personas para personal sanitario y no sanitario

Introducción

Numerosos puestos de trabajo requieren mantener un contacto continuo con otras personas. Usuarios, pacientes, familiares, ciudadanos, compañeros y profesionales de diferentes servicios forman parte de la actividad diaria de muchas organizaciones.

Estas relaciones pueden resultar satisfactorias, pero también pueden generar una importante carga emocional.

En determinadas situaciones, el trabajador debe mantener una actitud profesional incluso cuando se encuentra cansado, preocupado o expuesto a situaciones difíciles.

La necesidad de controlar las propias emociones y mostrar una determinada expresión durante la actividad profesional se conoce como trabajo emocional.

Este fenómeno no afecta únicamente al personal sanitario. También aparece en administración, atención al público, servicios sociales, educación, transporte, seguridad, mantenimiento y numerosas actividades donde existe contacto interpersonal.

Cuando estas demandas emocionales son continuadas y no existen suficientes recursos organizativos pueden contribuir al agotamiento psicológico.

Metodología

Para la elaboración de este trabajo se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre trabajo emocional, atención al público, estrés laboral y riesgos psicosociales.

Se consultaron artículos científicos y documentos de organismos relacionados con salud ocupacional.

Las palabras clave utilizadas fueron “trabajo emocional”, “atención al público”, “estrés laboral”, “regulación emocional”, “riesgos psicosociales” y “agotamiento emocional”.

Resultados

El concepto de trabajo emocional hace referencia al esfuerzo necesario para regular las propias emociones durante las interacciones profesionales.

En determinadas situaciones, un trabajador puede sentirse frustrado o preocupado pero debe mantener una comunicación tranquila y profesional.

Este esfuerzo forma parte del trabajo, aunque muchas veces resulte poco visible.

Las profesiones relacionadas con atención directa a personas presentan especialmente este tipo de demanda.

La exposición frecuente a quejas, conflictos, sufrimiento, situaciones de dependencia o problemas personales puede generar desgaste emocional.

Uno de los principales riesgos aparece cuando existe una diferencia continua entre aquello que una persona siente y aquello que debe mostrar.

Mantener durante largos periodos una expresión emocional diferente a la propia puede aumentar la sensación de agotamiento.

También influye la intensidad de las situaciones atendidas.

No genera la misma carga emocional una consulta rutinaria que una situación de fuerte tensión o conflicto.

El apoyo del equipo desempeña un papel fundamental.

Poder comentar situaciones difíciles con compañeros o responsables facilita su procesamiento emocional y disminuye la sensación de aislamiento.

Las reuniones breves después de determinados acontecimientos complejos pueden resultar útiles, especialmente cuando permiten analizar qué ocurrió y qué medidas podrían mejorar futuras actuaciones.

La formación en comunicación también puede proporcionar herramientas para afrontar interacciones difíciles.

Escuchar activamente, utilizar un lenguaje claro y establecer límites adecuados ayuda a reducir determinados conflictos.

Sin embargo, la responsabilidad no debe recaer exclusivamente sobre las habilidades individuales.

Cuando las cargas de trabajo son excesivas, los tiempos disponibles son insuficientes o existen problemas organizativos, incluso trabajadores con buenas habilidades comunicativas pueden experimentar elevada presión emocional.

La existencia de procedimientos claros para situaciones de conflicto proporciona seguridad.

Los trabajadores deben conocer cómo actuar y a quién recurrir cuando una interacción supera sus posibilidades de manejo habitual.

El reconocimiento también influye en el bienestar emocional.

Cuando el esfuerzo realizado pasa permanentemente desapercibido puede aumentar la sensación de desgaste.

Esto no significa que sea necesaria una felicitación constante, sino que las organizaciones deben reconocer que la atención a personas implica un esfuerzo adicional que debe ser considerado en la planificación del trabajo.

La recuperación después de la jornada también resulta esencial.

Desconectar del trabajo, descansar y realizar actividades satisfactorias facilita recuperar los recursos emocionales utilizados durante el día.

Conclusiones

El trabajo emocional forma parte de numerosas profesiones sanitarias y no sanitarias.

Regular las propias emociones y atender adecuadamente a otras personas requiere un esfuerzo que puede generar desgaste cuando se mantiene durante largos periodos.

El apoyo entre compañeros, la formación, los procedimientos claros y una adecuada organización del trabajo pueden reducir este impacto.

También resulta necesario reconocer que determinadas situaciones generan una carga emocional significativa.

La prevención debe combinar recursos personales y organizativos.

Cuidar el bienestar emocional de quienes atienden a otras personas contribuye a mejorar tanto la salud laboral como la calidad del servicio prestado.

Bibliografía

- Grandey AA. Emotion regulation in the workplace: a new way to conceptualize emotional labor. Journal of Occupational Health Psychology. 2000;5(1):95-110.
- Hochschild AR. The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling. University of California Press.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Riesgos psicosociales en el trabajo. INSST.
- International Labour Organization. Workplace stress: a collective challenge. Geneva: ILO.
- World Health Organization. Guidelines on Mental Health at Work. Geneva: WHO; 2022.

Confort térmico, hidratación y prevención frente al calor para personal sanitario y no sanitario

Introducción

Las condiciones ambientales del lugar de trabajo influyen directamente sobre el bienestar y la capacidad para desarrollar una actividad de manera segura.

La temperatura, la humedad, la ventilación, la exposición solar y las características de la actividad realizada determinan la carga térmica a la que puede estar sometida una persona.

El calor excesivo puede generar incomodidad, cansancio, disminución de la concentración e incluso problemas de salud cuando la exposición alcanza niveles importantes.

Aunque determinadas actividades presentan un mayor riesgo, las temperaturas elevadas pueden afectar tanto a personal sanitario como no sanitario.

Además, los episodios de temperaturas extremas son cada vez más relevantes desde el punto de vista preventivo, especialmente durante los meses de verano.

Por este motivo, las organizaciones deben disponer de medidas que permitan adaptar el trabajo a las condiciones ambientales existentes.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa relacionada con estrés térmico, exposición al calor, hidratación y prevención de riesgos laborales.

Se consultaron documentos científicos y guías de organismos especializados en seguridad y salud laboral.

Las palabras clave utilizadas fueron “estrés térmico”, “calor laboral”, “hidratación”, “temperaturas extremas”, “confort térmico” y “prevención laboral”.

Resultados

El organismo humano mantiene su temperatura dentro de unos límites relativamente estrechos mediante diferentes mecanismos de regulación.

Cuando aumenta la temperatura ambiental, el cuerpo incrementa la pérdida de calor principalmente mediante la sudoración.

Sin embargo, este mecanismo puede resultar insuficiente cuando las temperaturas son muy elevadas, existe mucha humedad o la actividad física es intensa.

Uno de los primeros efectos del calor suele ser la sensación de cansancio.

También pueden aparecer dolor de cabeza, debilidad, mareos, dificultad para mantener la concentración y aumento de la irritabilidad.

La pérdida de líquidos mediante el sudor puede provocar deshidratación.

Por este motivo, resulta recomendable disponer de agua accesible y favorecer una hidratación regular, especialmente en actividades con exposición significativa al calor.

No debe esperarse necesariamente a sentir una sed intensa para beber.

La organización del trabajo constituye una de las principales herramientas preventivas.

En situaciones de temperaturas elevadas puede ser necesario introducir descansos adicionales, reducir temporalmente determinadas tareas físicas o modificar horarios.

Cuando resulte posible, las actividades de mayor exigencia física deberían evitarse durante las horas de mayor temperatura.

La ventilación también desempeña un papel importante.

Los sistemas de climatización deben mantenerse adecuadamente y adaptarse a las características de cada espacio.

No todos los trabajadores experimentan el calor de la misma forma.

La ropa de trabajo, la actividad física, la edad, la adaptación previa a temperaturas elevadas y determinadas circunstancias individuales pueden modificar la tolerancia.

Los equipos de protección individual también pueden aumentar la carga térmica cuando dificultan la eliminación del calor corporal.

En estos casos deben tenerse especialmente en cuenta la duración de la exposición y los periodos de descanso.

La aclimatación constituye otro elemento relevante.

Las personas que comienzan a trabajar en ambientes calurosos pueden necesitar un periodo de adaptación progresiva.

Resulta igualmente importante conocer los síntomas que pueden indicar problemas relacionados con el calor.

Una actuación temprana ante mareos, confusión, debilidad intensa u otros signos de alarma puede evitar consecuencias más graves.

La prevención frente a temperaturas extremas debe planificarse con antelación y no únicamente cuando aparecen episodios de calor.

Disponer previamente de procedimientos claros facilita adoptar medidas rápidamente.

Conclusiones

Las temperaturas elevadas pueden afectar al bienestar, la concentración y la seguridad de los trabajadores.

La hidratación, los descansos, una adecuada ventilación y la adaptación de determinadas tareas son medidas fundamentales para prevenir problemas relacionados con el calor.

Las medidas deben establecerse en función de las condiciones reales existentes en cada puesto.

No todas las actividades presentan la misma exposición ni requieren idénticas soluciones.

La prevención debe anticiparse a los episodios de altas temperaturas mediante una adecuada planificación y organización del trabajo.

Proteger a los trabajadores frente al calor es una cuestión de salud laboral y no únicamente de comodidad.

Bibliografía

- European Agency for Safety and Health at Work. Heat at work: guidance for workplaces. EU-OSHA.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Trabajo con calor. INSST.
- International Labour Organization. Working on a warmer planet: the impact of heat stress on labour productivity. Geneva: ILO; 2019.
- National Institute for Occupational Safety and Health. Heat Stress. NIOSH.
- World Health Organization. Climate change, heat and health. WHO.

Cambios organizativos, incertidumbre y adaptación laboral para personal sanitario y no sanitario

Introducción

Las organizaciones están sometidas constantemente a procesos de transformación. Los cambios pueden afectar a procedimientos, estructuras, equipos de trabajo, herramientas informáticas, funciones profesionales, horarios o formas de organización.

En muchas ocasiones estas modificaciones son necesarias para mejorar determinados servicios o adaptarse a nuevas necesidades.

Sin embargo, la manera en la que se gestionan puede influir significativamente en el bienestar de los trabajadores.

Cuando los cambios se producen sin información suficiente, generan incertidumbre o no permiten participar a las personas directamente afectadas, pueden convertirse en una fuente importante de estrés.

La incertidumbre laboral no depende únicamente de grandes procesos de reorganización.

También puede aparecer cuando existen cambios frecuentes de instrucciones, modificaciones de procedimientos o falta de claridad respecto a las responsabilidades.

Este fenómeno puede afectar por igual a personal sanitario y no sanitario.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre cambios organizativos, incertidumbre, participación de los trabajadores, estrés y riesgos psicosociales.

Se consultaron artículos científicos y documentos de organismos especializados en salud laboral.

Las palabras clave utilizadas fueron “cambio organizativo”, “incertidumbre laboral”, “participación”, “estrés laboral”, “comunicación organizacional” y “riesgos psicosociales”.

Resultados

Los cambios organizativos pueden generar inicialmente cierto grado de incertidumbre incluso cuando persiguen objetivos positivos.

Las personas necesitan comprender qué va a cambiar, por qué se modifica y cómo afectará a su trabajo cotidiano.

La ausencia de información favorece la aparición de rumores.

Cuando no existen canales oficiales suficientemente claros, las personas intentan completar la información disponible mediante interpretaciones o comentarios informales.

Esto puede aumentar innecesariamente la preocupación.

La comunicación debe comenzar antes de implantar los cambios siempre que resulte posible.

Informar únicamente cuando las decisiones ya se están ejecutando limita la capacidad de adaptación de los trabajadores.

También resulta importante explicar las razones.

Conocer el objetivo de una modificación facilita comprender su sentido y reduce la percepción de arbitrariedad.

La participación constituye otro elemento fundamental.

Las personas que realizan diariamente una tarea poseen información práctica sobre dificultades que pueden pasar inadvertidas durante la planificación.

Escuchar sus aportaciones puede permitir detectar problemas antes de implantar definitivamente un procedimiento.

Participar no significa necesariamente que todas las propuestas deban ser aceptadas, pero sí que deben existir mecanismos reales para expresar observaciones y recibir respuesta.

La formación resulta especialmente importante cuando los cambios implican nuevas herramientas o funciones.

Implantar un nuevo sistema sin proporcionar tiempo suficiente para aprenderlo puede generar inseguridad y frustración.

También debe evitarse mantener durante demasiado tiempo procedimientos antiguos y nuevos simultáneamente cuando ello supone duplicar la carga de trabajo.

Otro aspecto relevante es la claridad de funciones.

Después de una reorganización pueden producirse situaciones en las que diferentes profesionales desconocen exactamente qué responsabilidades corresponden a cada puesto.

Esta ambigüedad puede generar conflictos y duplicidad de tareas.

Los responsables desempeñan un papel fundamental durante estos procesos.

Deben transmitir información coherente, resolver dudas y detectar posibles dificultades.

La contradicción entre instrucciones procedentes de diferentes niveles de la organización aumenta considerablemente la incertidumbre.

Los cambios deben evaluarse después de su implantación.

Una modificación que parecía adecuada durante la planificación puede generar problemas inesperados en la práctica.

Recoger información de los trabajadores permite introducir correcciones.

Finalmente, debe tenerse en cuenta que la adaptación necesita tiempo.

Exigir que todos los trabajadores dominen inmediatamente nuevos procedimientos puede generar presión innecesaria.

Conclusiones

Los cambios organizativos forman parte de cualquier entorno laboral y no tienen por qué generar consecuencias negativas.

Sin embargo, una gestión inadecuada puede producir incertidumbre, estrés y dificultades de adaptación.

La información clara, la participación, la formación y la definición adecuada de responsabilidades facilitan considerablemente los procesos de cambio.

También resulta necesario evaluar posteriormente las modificaciones realizadas y corregir los problemas detectados.

Las organizaciones que incorporan a los trabajadores en estos procesos disponen de mayor información para tomar decisiones y facilitan una adaptación más segura.

Gestionar adecuadamente el cambio constituye, por tanto, una medida de prevención de riesgos psicosociales y una herramienta para mejorar el funcionamiento de los centros de trabajo.

Bibliografía

- European Agency for Safety and Health at Work. Psychosocial risks and organisational change. EU-OSHA.
- International Labour Organization. Workplace stress: a collective challenge. Geneva: ILO.
- Kotter JP. Leading Change. Boston: Harvard Business School Press.
- Nielsen K, Randall R. The importance of employee participation and perceptions of changes in procedures in a teamworking intervention. Work & Stress.
- World Health Organization. Guidelines on Mental Health at Work. Geneva: WHO; 2022.

Gestión eficiente de agendas y citaciones: papel del Auxiliar Administrativo en el ámbito sanitario

Resumen

La gestión de agendas y citaciones constituye una actividad esencial para el funcionamiento de consultas, pruebas diagnósticas y otros servicios sanitarios. Una planificación administrativa adecuada favorece el aprovechamiento de los recursos disponibles, facilita el acceso de los usuarios y contribuye a reducir incidencias organizativas. El Auxiliar Administrativo desempeña un papel relevante en estos procesos mediante la asignación de citas, actualización de agendas, gestión de modificaciones y comunicación con los usuarios. El objetivo del presente trabajo es analizar los principales elementos relacionados con una gestión eficiente de las agendas sanitarias y destacar la participación del Auxiliar Administrativo. Se realizó una revisión narrativa y documental de normativa y documentación institucional relacionada con organización, información y calidad sanitaria. Los resultados muestran la importancia de disponer de procedimientos claros, mantener actualizada la información, registrar adecuadamente los cambios y facilitar una comunicación comprensible al usuario. Se concluye que la gestión de agendas constituye una actividad administrativa estratégica para el funcionamiento de las instituciones sanitarias.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; citación; agendas; gestión sanitaria; atención al usuario; organización.

Introducción

Las agendas constituyen una herramienta fundamental para organizar la actividad de numerosos servicios sanitarios.

Consultas externas, determinadas pruebas diagnósticas y otros procedimientos necesitan una planificación que permita coordinar disponibilidad de profesionales, instalaciones y usuarios.

El Auxiliar Administrativo participa frecuentemente en estos procesos mediante tareas de citación, modificación y cancelación de citas, además de proporcionar información administrativa relacionada con ellas.

La complejidad aumenta cuando se producen cambios de agenda, incidencias técnicas, ausencias profesionales u otras circunstancias que obligan a reorganizar la actividad prevista.

Una gestión deficiente puede generar duplicidades, espacios de agenda desaprovechados, desplazamientos innecesarios o insatisfacción del usuario.

Por ello, la gestión de citaciones no debe considerarse únicamente una actividad mecánica. Requiere precisión, conocimiento de los procedimientos y capacidad para gestionar incidencias.

El objetivo de este trabajo es analizar la contribución del Auxiliar Administrativo a una gestión eficiente de las agendas sanitarias.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de legislación sanitaria y documentación institucional relacionada con accesibilidad, calidad y organización de servicios sanitarios.

Los contenidos se agruparon en cuatro áreas: programación, modificación de citas, comunicación con usuarios y registro de incidencias.

No se utilizaron datos de pacientes ni se analizaron agendas reales.

Resultados

La revisión identifica la correcta configuración y actualización de las agendas como elementos necesarios para evitar errores.

El Auxiliar Administrativo debe aplicar los criterios de citación establecidos por la organización, evitando modificar procedimientos por iniciativa propia cuando ello exceda sus competencias.

La comunicación con el usuario constituye otro factor relevante. La fecha, hora, lugar y demás instrucciones administrativas deben transmitirse de forma clara.

Cuando una cita debe modificarse, el registro de los cambios facilita la trazabilidad y evita confusiones posteriores.

Las cancelaciones también requieren una gestión adecuada. La liberación de espacios que finalmente no van a utilizarse puede permitir su reasignación conforme a los procedimientos establecidos.

Finalmente, las incidencias recurrentes pueden aportar información para identificar problemas organizativos en determinadas agendas.

Discusión

La gestión de agendas se encuentra estrechamente relacionada con el aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Sin embargo, el Auxiliar Administrativo no determina las prioridades clínicas. Cuando la asignación de una cita depende de criterios médicos, estos deben proceder de los profesionales competentes y de los protocolos establecidos.

Esta delimitación es importante para evitar que una decisión administrativa modifique involuntariamente una prioridad asistencial.

La digitalización facilita la gestión de agendas, pero no elimina la necesidad de supervisión. Un error introducido en el sistema puede propagarse a diferentes procesos.

La formación del personal administrativo y la existencia de procedimientos actualizados resultan esenciales para responder adecuadamente a las incidencias.

Conclusiones

La gestión de agendas constituye una función relevante del Auxiliar Administrativo sanitario.

Una citación correcta facilita la organización de los servicios y el acceso de los usuarios.

Los cambios y cancelaciones deben registrarse siguiendo los procedimientos establecidos.

La información proporcionada al ciudadano debe ser clara y comprensible.

Las prioridades clínicas deben mantenerse dentro de las competencias de los profesionales responsables.

La formación y actualización de procedimientos contribuyen a mejorar la eficiencia de la gestión administrativa.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Absentismo a las citas sanitarias y gestión administrativa: contribución del Auxiliar Administrativo

Resumen

La inasistencia de pacientes a citas previamente programadas puede generar espacios asistenciales desaprovechados y dificultades para la planificación de los servicios. Se trata de un fenómeno multifactorial en el que pueden intervenir olvidos, problemas de comunicación, cambios en las circunstancias personales o dificultades para cancelar una cita. El Auxiliar Administrativo puede contribuir a la gestión de este problema mediante procedimientos adecuados de citación, actualización de datos de contacto, gestión de cancelaciones e información al usuario. El objetivo de este trabajo es analizar el absentismo a las citas desde una perspectiva administrativa y describir actuaciones que pueden favorecer un mejor aprovechamiento de las agendas. Se realizó una revisión narrativa de literatura relacionada con inasistencia a consultas y gestión de citas sanitarias. Los resultados muestran que los sistemas de recordatorio pueden contribuir a disminuir determinadas ausencias y que facilitar los mecanismos de cancelación puede favorecer la reutilización de citas. Se concluye que el Auxiliar Administrativo constituye una figura relevante en la correcta gestión de las agendas, aunque el absentismo debe abordarse como un fenómeno complejo y no atribuirse exclusivamente al comportamiento del usuario.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; absentismo; citas sanitarias; agendas; recordatorios; gestión sanitaria.

Introducción

Cuando un paciente no acude a una cita programada y no la cancela previamente, el espacio reservado puede quedar sin utilizar.

Este fenómeno puede afectar a consultas, pruebas y otros procedimientos sanitarios y constituye un problema organizativo para los servicios.

Las causas son diversas. Un usuario puede olvidar la cita, haber recibido incorrectamente la información, experimentar un cambio de circunstancias o encontrar dificultades para contactar con el centro y cancelarla.

Por este motivo, resulta inadecuado interpretar todas las ausencias como falta de responsabilidad.

El Auxiliar Administrativo participa directamente en numerosos procesos relacionados con la citación y puede contribuir a prevenir determinadas incidencias.

La actualización de los datos de contacto, información clara y existencia de mecanismos accesibles para cancelar citas son aspectos relevantes.

El objetivo de este trabajo es analizar el absentismo desde una perspectiva administrativa y estudiar las actuaciones relacionadas con las funciones del Auxiliar Administrativo.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de publicaciones sobre inasistencia a citas sanitarias, sistemas de recordatorio y gestión administrativa de agendas.

Los resultados se organizaron en cuatro áreas: causas de inasistencia, recordatorios, cancelaciones y gestión de datos de contacto.

No se realizaron encuestas ni se utilizaron datos procedentes de agendas reales.

Resultados

La literatura revisada muestra que la inasistencia responde a múltiples factores.

Los sistemas de recordatorio mediante mensajes o llamadas se han utilizado como estrategia para disminuir olvidos, aunque su efectividad puede variar según el contexto y la población.

Para que estas comunicaciones funcionen resulta necesario disponer de datos de contacto actualizados y utilizarlos conforme a las normas de protección de datos.

Facilitar la cancelación también puede mejorar el aprovechamiento de agendas. Cuando un usuario puede comunicar con suficiente antelación que no acudirá, el espacio puede gestionarse de acuerdo con los procedimientos establecidos.

La información proporcionada durante la citación debe ser precisa, incluyendo fecha, hora y lugar.

También resulta útil registrar las incidencias conforme a los sistemas de la organización para poder analizar posteriormente los patrones de inasistencia.

Discusión

El absentismo no debería abordarse únicamente mediante medidas dirigidas a responsabilizar al paciente.

La accesibilidad del propio sistema de citas influye en la posibilidad de modificar o cancelar una consulta.

El Auxiliar Administrativo puede contribuir mediante una gestión rigurosa de la información y facilitando los canales establecidos.

Los recordatorios automatizados representan una herramienta útil, pero requieren datos correctos y deben respetar la privacidad.

Asimismo, el análisis de las ausencias puede ayudar a identificar servicios, horarios o grupos donde existan dificultades específicas.

Las estrategias deberían adaptarse a las características de cada organización y evaluarse periódicamente.

Conclusiones

La inasistencia a citas puede afectar al aprovechamiento de los recursos sanitarios.

Sus causas son múltiples y no deben atribuirse exclusivamente al comportamiento del usuario.

El Auxiliar Administrativo puede contribuir mediante una citación clara y una adecuada actualización de los datos administrativos.

Los recordatorios pueden disminuir determinadas ausencias.

Los mecanismos accesibles de cancelación permiten gestionar mejor las citas que finalmente no serán utilizadas.

El análisis de incidencias puede contribuir a desarrollar estrategias organizativas de mejora.

Bibliografía

Guy, R., Hocking, J., Wand, H., Stott, S., Ali, H., & Kaldor, J. (2012). How effective are short message service reminders at increasing clinic attendance? A meta-analysis and systematic review. *Health Services Research, 47*(2), 614–632.

Hasvold, P. E., & Wootton, R. (2011). Use of telephone and SMS reminders to improve attendance at hospital appointments: A systematic review. *Journal of Telemedicine and Telecare, 17*(7), 358–364.

McLean, S. M., Booth, A., Gee, M., Salway, S., Cobb, M., Bhanbhro, S., & Nancarrow, S. A. (2016). Appointment reminder systems are effective but not optimal: Results of a systematic review and evidence synthesis employing realist principles. *Patient Preference and Adherence, 10*, 479–499.

Trazabilidad y archivo de documentación sanitaria: responsabilidad administrativa del Auxiliar Administrativo

Resumen

La adecuada gestión de la documentación constituye un elemento esencial para el funcionamiento de las instituciones sanitarias. Los documentos deben poder localizarse, consultarse y conservarse conforme a los procedimientos y requisitos aplicables, evitando pérdidas, duplicidades o accesos no autorizados. El Auxiliar Administrativo participa en diferentes procesos de registro, archivo, digitalización y circulación documental. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la trazabilidad documental en el ámbito sanitario y describir buenas prácticas aplicables al trabajo administrativo. Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre documentación clínica, procedimiento administrativo, protección de datos y administración electrónica. Los resultados muestran que la correcta identificación, clasificación y registro de documentos favorece su localización y seguridad. La digitalización facilita determinados procesos, pero exige medidas de control de acceso y protección de la información. Se concluye que el Auxiliar Administrativo desempeña una función importante en la integridad y trazabilidad de los circuitos documentales sanitarios.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; archivo; trazabilidad; documentación sanitaria; digitalización; gestión documental.

Introducción

Los centros sanitarios generan diariamente un elevado volumen de información.

Parte de esta información posee carácter clínico, mientras que otra está relacionada con procedimientos administrativos, solicitudes, comunicaciones y gestión interna.

La documentación debe organizarse de manera que pueda localizarse cuando sea necesaria y, simultáneamente, mantenerse protegida frente a accesos no autorizados.

La trazabilidad permite conocer determinados aspectos relacionados con el recorrido o gestión de un documento y resulta especialmente relevante cuando diferentes unidades participan en su tramitación.

El Auxiliar Administrativo desarrolla numerosas funciones relacionadas con recepción, registro, clasificación, digitalización y archivo.

La progresiva sustitución del papel por documentos electrónicos ha modificado estos procesos, pero no ha eliminado la necesidad de una gestión documental rigurosa.

El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de la trazabilidad y el archivo desde la perspectiva del Auxiliar Administrativo sanitario.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española y europea relacionada con documentación sanitaria, administración electrónica y protección de datos.

Se analizaron especialmente la Ley 41/2002, la Ley 39/2015, el Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018.

La información se estructuró en registro, clasificación, conservación, acceso y digitalización.

Resultados

La revisión identifica la correcta asociación del documento con el procedimiento o usuario correspondiente como uno de los primeros requisitos de una gestión segura.

Los sistemas de registro permiten dejar constancia de la incorporación o tramitación de determinados documentos.

La clasificación homogénea facilita su localización posterior y disminuye el riesgo de pérdida.

La digitalización aporta ventajas relacionadas con disponibilidad y circulación, pero requiere comprobar que el documento se incorpora correctamente al sistema correspondiente.

El acceso debe limitarse a las personas autorizadas y a las necesidades derivadas de sus funciones.

La eliminación documental tampoco puede realizarse arbitrariamente. Deben respetarse los procedimientos de conservación y destrucción segura establecidos por la organización y la normativa aplicable.

Discusión

Una gestión documental adecuada resulta fundamental para la continuidad de numerosos procedimientos.

Los errores administrativos pueden aparecer por múltiples causas: clasificación incorrecta, duplicación, asociación equivocada o utilización de canales no autorizados.

La tecnología reduce algunos riesgos, pero genera otros. Un documento digital puede distribuirse rápidamente, lo que aumenta las consecuencias potenciales de una selección incorrecta de destinatario.

El Auxiliar Administrativo debe combinar competencias tecnológicas con conocimiento de los procedimientos documentales.

La trazabilidad también favorece la identificación de incidencias, permitiendo determinar en qué fase del circuito se produjo un problema.

Conclusiones

La trazabilidad documental constituye un componente esencial de la gestión sanitaria.

El Auxiliar Administrativo participa en diferentes fases del circuito documental.

El registro y clasificación adecuados facilitan la localización de la información.

La digitalización debe acompañarse de controles de acceso y medidas de seguridad.

Los documentos deben conservarse y eliminarse conforme a los procedimientos establecidos.

La formación en gestión documental y protección de datos resulta fundamental para el personal administrativo.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2015). *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Boletín Oficial del Estado, 236.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679*. Diario Oficial de la Unión Europea.

Atención administrativa a las personas mayores en el ámbito sanitario: papel del Auxiliar Administrativo

Resumen

El envejecimiento de la población supone importantes retos para la organización de los servicios sanitarios. Las personas mayores pueden presentar necesidades específicas relacionadas con movilidad, audición, visión, comprensión de procedimientos o utilización de herramientas digitales. El Auxiliar Administrativo constituye frecuentemente uno de los primeros puntos de contacto con el sistema sanitario y desempeña una función relevante en la orientación y realización de trámites. El objetivo del presente trabajo es analizar las características de una atención administrativa adaptada a las personas mayores, evitando generalizaciones basadas exclusivamente en la edad. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación institucional sobre envejecimiento, autonomía y accesibilidad. Los resultados muestran la importancia de una comunicación clara, respeto a la autonomía, accesibilidad de los procedimientos y disponibilidad de alternativas ante dificultades digitales. Se concluye que el Auxiliar Administrativo puede contribuir significativamente a una atención sanitaria más accesible y centrada en la persona.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; personas mayores; atención al usuario; accesibilidad; autonomía; administración sanitaria.

Introducción

El aumento de la esperanza de vida ha incrementado la presencia de personas mayores entre los usuarios de los servicios sanitarios.

Sin embargo, la edad cronológica no determina por sí misma las capacidades o necesidades de una persona. Existe una gran diversidad dentro de la población mayor.

Algunos usuarios utilizan con normalidad aplicaciones y sistemas electrónicos, mientras que otros pueden experimentar dificultades. De igual manera, determinadas personas pueden presentar limitaciones visuales, auditivas o de movilidad que requieren adaptaciones.

El Auxiliar Administrativo interviene en procesos como citación, admisión, orientación y gestión de documentación.

La atención debe combinar eficiencia con respeto a la autonomía del usuario, evitando actitudes paternalistas.

El objetivo del presente trabajo es analizar estrategias para facilitar la atención administrativa de las personas mayores dentro del ámbito sanitario.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre autonomía del paciente y accesibilidad, junto con documentación internacional relacionada con envejecimiento saludable.

Los contenidos se clasificaron en comunicación, autonomía, accesibilidad física y accesibilidad digital.

No se realizaron entrevistas ni estudios con usuarios.

Resultados

La revisión muestra que la comunicación debe adaptarse a las necesidades individuales.

Hablar de manera clara y comprobar que la información se ha comprendido puede prevenir errores relacionados con citas o trámites.

Cuando existe una dificultad auditiva, el entorno y la forma de comunicación pueden influir significativamente.

La autonomía constituye un elemento fundamental. La presencia de un familiar o acompañante no debe implicar que el profesional deje de dirigirse a la persona interesada.

La digitalización representa un área especialmente relevante. Los servicios electrónicos pueden facilitar numerosos procedimientos, pero también pueden convertirse en una barrera para algunos usuarios.

El Auxiliar Administrativo puede informar sobre las alternativas y recursos disponibles conforme a los procedimientos de la organización.

Discusión

Una atención adaptada no consiste en tratar a todas las personas mayores de forma diferente al resto de usuarios.

La adaptación debe responder a necesidades concretas y no a estereotipos asociados a la edad.

El respeto a la autonomía resulta especialmente importante. Siempre que sea posible, debe favorecerse que la persona participe directamente en sus trámites.

La brecha digital constituye un reto para las administraciones sanitarias. El avance tecnológico aporta beneficios, pero los sistemas deben contemplar la existencia de ciudadanos con diferentes niveles de competencia digital.

El Auxiliar Administrativo puede desempeñar una importante función de orientación sin sustituir al usuario en actuaciones personales que no correspondan al profesional.

Conclusiones

Las personas mayores constituyen un grupo heterogéneo con necesidades diversas.

El Auxiliar Administrativo debe adaptar la comunicación cuando existan dificultades concretas.

La autonomía del usuario debe respetarse independientemente de su edad.

Los procedimientos digitales no deberían convertirse en una barrera para acceder a los servicios.

La información clara y la orientación adecuada pueden prevenir errores administrativos.

La atención individualizada contribuye a una relación más accesible y respetuosa con los servicios sanitarios.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Boletín Oficial del Estado, 289.

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.

World Health Organization. (2020). *Decade of healthy ageing: Baseline report*. WHO.

Uso seguro y eficaz del correo electrónico profesional por el Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

El correo electrónico constituye una herramienta habitual de comunicación en las organizaciones sanitarias. Su utilización facilita el intercambio de información entre profesionales y unidades, pero también puede originar errores relacionados con destinatarios incorrectos, archivos adjuntos, información confidencial o amenazas de ciberseguridad. El Auxiliar Administrativo utiliza frecuentemente herramientas de comunicación electrónica dentro de sus funciones, por lo que necesita aplicar buenas prácticas de seguridad y organización. El objetivo de este trabajo es analizar los principales riesgos asociados al correo electrónico profesional y describir medidas preventivas aplicables al ámbito sanitario. Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre protección de datos y documentación institucional relacionada con ciberseguridad. Los resultados muestran la importancia de verificar los destinatarios, utilizar únicamente cuentas y canales autorizados, extremar las precauciones ante enlaces y archivos sospechosos y limitar el contenido a la información necesaria. Se concluye que el uso seguro del correo electrónico constituye una competencia relevante para el Auxiliar Administrativo sanitario en un entorno progresivamente digitalizado.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo; correo electrónico; ciberseguridad; protección de datos; sanidad; comunicación digital.

Introducción

La comunicación electrónica ha transformado la actividad administrativa de las instituciones sanitarias.

El correo electrónico permite transmitir información rápidamente, enviar documentación y coordinar actuaciones entre diferentes unidades.

Sin embargo, su facilidad de utilización puede generar una falsa percepción de seguridad. Un mensaje enviado al destinatario incorrecto puede provocar una comunicación indebida de información.

Asimismo, los correos fraudulentos constituyen una vía utilizada para intentar obtener credenciales, introducir programas maliciosos o acceder a sistemas corporativos.

El Auxiliar Administrativo sanitario puede manejar un volumen elevado de comunicaciones electrónicas, lo que exige mantener criterios adecuados de seguridad.

La protección resulta especialmente importante cuando la información está relacionada con personas identificadas o identificables.

El objetivo del presente trabajo es analizar buenas prácticas para un uso eficaz y seguro del correo electrónico profesional.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa europea y española sobre protección de datos y documentación institucional del Instituto Nacional de Ciberseguridad y organismos públicos relacionados con seguridad digital.

Los contenidos se organizaron en destinatarios, archivos adjuntos, credenciales, mensajes fraudulentos y organización del correo.

No se analizaron cuentas reales ni incidentes concretos de seguridad.

Resultados

La revisión identifica la comprobación del destinatario como una actuación sencilla pero fundamental. Las funciones de autocompletado pueden favorecer selecciones incorrectas cuando existen direcciones similares.

Antes de adjuntar un documento debe verificarse que corresponde al mensaje y destinatario adecuados.

Las cuentas profesionales deben utilizarse conforme a las políticas de la organización y no deben compartirse credenciales.

Los mensajes que solicitan contraseñas, contienen enlaces inesperados o generan una urgencia inusual requieren especial precaución y deben gestionarse conforme a los procedimientos de ciberseguridad.

El contenido de los mensajes debe limitarse a la información necesaria y utilizar los mecanismos institucionales establecidos cuando existan datos que requieran especial protección.

Finalmente, una adecuada organización de la bandeja de entrada puede facilitar la localización de comunicaciones y reducir el riesgo de omitir mensajes relevantes.

Discusión

Muchos incidentes de seguridad digital comienzan mediante técnicas dirigidas a los propios usuarios de los sistemas.

Por ello, la ciberseguridad no corresponde exclusivamente a los departamentos informáticos. Los trabajadores constituyen una parte importante de las medidas de protección.

El Auxiliar Administrativo debe desconfiar de solicitudes anómalas incluso cuando aparentemente procedan de una persona conocida.

También resulta fundamental comunicar rápidamente los posibles incidentes a los responsables establecidos por la organización.

La formación periódica puede ayudar a reconocer técnicas de fraude que evolucionan con rapidez.

Protección de datos y ciberseguridad están estrechamente relacionadas, aunque no son conceptos idénticos. Ambas deben integrarse en el uso cotidiano de las herramientas digitales.

Conclusiones

El correo electrónico es una herramienta fundamental para el Auxiliar Administrativo sanitario.

La verificación de destinatarios y archivos adjuntos puede prevenir comunicaciones erróneas.

Las credenciales profesionales deben mantenerse protegidas.

Los mensajes sospechosos deben gestionarse conforme a los procedimientos de ciberseguridad de la organización.

La información personal debe transmitirse únicamente mediante los canales autorizados.

La formación continuada en seguridad digital resulta necesaria en un entorno sanitario cada vez más digitalizado.

Bibliografía

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679*. Diario Oficial de la Unión Europea, L 119.

Instituto Nacional de Ciberseguridad. (s. f.). *Protege tu empresa: correo electrónico y phishing*. INCIBE.

España. (2022). *Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad*. Boletín Oficial del Estado, 106.

Errores en la fase preanalítica y su prevención: papel del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico y anatomía patológica

Resumen

La fase preanalítica comprende un conjunto de procesos anteriores al análisis de las muestras biológicas y constituye una etapa fundamental para garantizar la fiabilidad de los resultados del laboratorio. La identificación del paciente y de la muestra, las condiciones de obtención, el transporte, la conservación y la preparación pueden influir en la calidad del resultado final. El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico participa en diferentes fases del procesamiento de muestras y desempeña una función relevante en la detección y prevención de incidencias preanalíticas. El objetivo del presente trabajo es analizar los principales factores que pueden comprometer la calidad durante la fase preanalítica y describir estrategias preventivas aplicables a la actividad del técnico. Se realizó una revisión narrativa de literatura científica y documentación relacionada con calidad en el laboratorio clínico. Los resultados muestran la importancia de una correcta identificación, utilización adecuada de recipientes, control de las condiciones de transporte y aplicación de criterios establecidos para la aceptación o rechazo de muestras. Se concluye que la estandarización de procedimientos, la trazabilidad y la formación continuada del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico son esenciales para reducir incidencias preanalíticas.

Palabras clave

Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico; fase preanalítica; muestra biológica; errores; calidad; laboratorio clínico.

Introducción

El proceso analítico no comienza cuando una muestra se introduce en un equipo. Antes de esta fase se desarrollan numerosas actuaciones que pueden condicionar la validez de los resultados.

La fase preanalítica incluye diferentes procesos relacionados con la solicitud, identificación, obtención, transporte, recepción, conservación y preparación de las muestras.

Un error producido durante estas etapas puede afectar al resultado aunque el procedimiento analítico posterior se ejecute correctamente.

Las muestras biológicas presentan además características diferentes. Sangre, orina y otros materiales biológicos requieren procedimientos específicos de manipulación y conservación.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico desarrolla una actividad directamente relacionada con la recepción, preparación y procesamiento de muestras. Por ello, debe conocer los criterios establecidos por el laboratorio para identificar incidencias.

Entre las posibles situaciones se encuentran muestras incorrectamente identificadas, recipientes inadecuados, volumen insuficiente, hemólisis o condiciones de transporte no conformes.

El objetivo del presente trabajo es analizar los principales factores de la fase preanalítica que pueden afectar a la calidad y la contribución del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico a su prevención.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de literatura científica, normas de calidad y documentación relacionada con la fase preanalítica del laboratorio clínico.

La información fue organizada en cinco áreas: identificación, obtención y recipiente, transporte, recepción y preparación.

No se utilizaron muestras biológicas ni datos de pacientes y no se realizaron procedimientos experimentales.

Resultados

La identificación constituye uno de los aspectos fundamentales. Una muestra correctamente procesada pero atribuida a una persona diferente puede generar consecuencias importantes, por lo que deben mantenerse los sistemas de identificación y trazabilidad establecidos.

El recipiente utilizado debe ser apropiado para la determinación correspondiente. Los diferentes tubos y aditivos poseen funciones específicas y su utilización incorrecta puede alterar determinadas pruebas.

Las condiciones de transporte también pueden afectar a la estabilidad de los analitos. El tiempo y la temperatura deben ajustarse a los procedimientos establecidos para cada tipo de muestra.

Durante la recepción, el Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico puede detectar incidencias que requieran aplicar los criterios de aceptación o rechazo establecidos por el laboratorio.

La preparación posterior, incluyendo determinadas operaciones de centrifugación, separación o conservación, debe efectuarse siguiendo procedimientos normalizados.

Discusión

La prevención de errores preanalíticos requiere una visión global del proceso.

No todas las incidencias se originan dentro del laboratorio, ya que algunas pueden producirse durante la obtención o transporte. Por ello, la comunicación entre unidades resulta fundamental.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico debe conocer los criterios de calidad y evitar tomar decisiones improvisadas ante una muestra no conforme.

La documentación de las incidencias permite analizar su frecuencia e identificar procesos susceptibles de mejora.

La automatización y los sistemas de identificación mediante códigos pueden reducir determinados errores, pero no sustituyen completamente la supervisión profesional.

Conclusiones

La fase preanalítica constituye una etapa fundamental del proceso del laboratorio.

La identificación correcta y la trazabilidad de las muestras son esenciales para la seguridad.

Las condiciones de transporte y conservación pueden modificar la calidad de determinadas muestras.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico debe aplicar los criterios establecidos ante muestras no conformes.

La estandarización, formación y análisis de incidencias contribuyen a mejorar la calidad del laboratorio clínico.

Bibliografía

International Organization for Standardization. (2022). *ISO 15189:2022. Medical laboratories — Requirements for quality and competence*. ISO.

Lippi, G., Chance, J. J., Church, S., Dazzi, P., Fontana, R., Giavarina, D., et al. (2011). Preanalytical quality improvement: From dream to reality. *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine, 49*(7), 1113–1126.

World Health Organization. (2010). *WHO guidelines on drawing blood: Best practices in phlebotomy*. WHO.

Bioseguridad en el laboratorio clínico: funciones del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico y anatomía patológica

Resumen

Los laboratorios clínicos procesan muestras biológicas que pueden contener agentes potencialmente peligrosos, por lo que la bioseguridad constituye un componente esencial de la actividad profesional. El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico debe aplicar medidas destinadas a prevenir la exposición accidental y la dispersión de material biológico. El objetivo del presente trabajo es analizar los principios fundamentales de bioseguridad aplicables al laboratorio clínico y su relación con las funciones del técnico. Se realizó una revisión narrativa de normativa española y documentación internacional sobre exposición a agentes biológicos y seguridad en laboratorios. Los resultados muestran la importancia de la evaluación del riesgo, higiene de manos, utilización adecuada de equipos de protección, manipulación segura de muestras, prevención de accidentes con material cortopunzante, descontaminación y correcta gestión de residuos. Se concluye que la bioseguridad debe integrarse en todas las etapas del procesamiento de muestras y que la formación continuada del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico constituye una herramienta fundamental para prevenir exposiciones laborales.

Palabras clave

Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico; bioseguridad; agentes biológicos; laboratorio; prevención; muestras biológicas.

Introducción

El trabajo en un laboratorio clínico implica la manipulación frecuente de sangre, fluidos y otros materiales de origen humano.

Estas muestras deben considerarse y manipularse conforme a las medidas de seguridad establecidas, ya que pueden contener agentes biológicos capaces de representar un riesgo para los trabajadores.

La bioseguridad comprende medidas organizativas, técnicas y personales destinadas a controlar estos riesgos.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico desarrolla numerosas tareas en contacto directo o indirecto con muestras y material potencialmente contaminado.

La legislación española establece disposiciones específicas para la protección de los trabajadores frente a riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos.

La prevención no debe depender únicamente de los equipos de protección individual. El diseño de procedimientos seguros y la utilización de medidas de contención adecuadas son igualmente importantes.

El objetivo del presente trabajo es revisar las principales medidas de bioseguridad aplicables a la actividad del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre prevención de riesgos laborales y agentes biológicos, así como documentación de la Organización Mundial de la Salud sobre bioseguridad en laboratorios.

Los contenidos se clasificaron en higiene, equipos de protección, manipulación de muestras, material cortopunzante, descontaminación y actuación ante incidentes.

Resultados

La evaluación del riesgo constituye el punto de partida para determinar las medidas preventivas necesarias.

La higiene de manos es una medida básica que debe integrarse con el resto de procedimientos.

Los equipos de protección individual deben seleccionarse de acuerdo con la actividad y el riesgo existente.

Las operaciones susceptibles de generar aerosoles requieren especial atención y, cuando corresponda, deben realizarse utilizando los equipos de contención previstos.

La manipulación de material cortopunzante representa otro riesgo relevante. Los procedimientos deben minimizar las manipulaciones innecesarias y garantizar su eliminación en recipientes adecuados.

La limpieza y descontaminación deben realizarse utilizando los productos y procedimientos establecidos.

Finalmente, cualquier exposición accidental debe comunicarse y gestionarse conforme al protocolo del centro.

Discusión

La bioseguridad requiere una combinación de formación, instalaciones adecuadas, procedimientos normalizados y comportamiento profesional.

La utilización de guantes, por ejemplo, no sustituye la higiene de manos ni permite ignorar otras medidas preventivas.

Del mismo modo, los equipos de protección son más eficaces cuando se integran en una estrategia general de control del riesgo.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico debe conocer tanto las medidas rutinarias como los procedimientos de actuación ante derrames, accidentes o exposiciones.

La formación periódica resulta necesaria porque las técnicas, equipos y riesgos pueden evolucionar.

Conclusiones

La bioseguridad constituye una parte esencial del trabajo del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico.

Las muestras deben manipularse aplicando las medidas preventivas establecidas.

La evaluación del riesgo determina las medidas de protección necesarias.

Los equipos de protección individual deben utilizarse correctamente y no sustituyen otras medidas preventivas.

Los accidentes y exposiciones deben comunicarse y gestionarse conforme a protocolos.

La formación continuada contribuye a mantener una cultura de seguridad dentro del laboratorio.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

España. (1997). *Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo*. Boletín Oficial del Estado, 124.

World Health Organization. (2020). *Laboratory biosafety manual* (4th ed.). WHO.

International Organization for Standardization. (2022). *ISO 15189:2022. Medical laboratories — Requirements for quality and competence*. ISO.

Control de calidad en el laboratorio clínico: papel del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico y anatomía patológica

Resumen

La calidad de los resultados constituye uno de los pilares fundamentales del laboratorio clínico. Para garantizar que los procedimientos analíticos funcionan de manera adecuada es necesario establecer sistemas de control que permitan detectar desviaciones y adoptar las medidas correspondientes. El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico participa en la realización de procedimientos analíticos y en diferentes actividades relacionadas con el control de calidad. El objetivo del presente trabajo es analizar los principios básicos del control de calidad y destacar la función del técnico en su aplicación cotidiana. Se realizó una revisión narrativa de normas y literatura especializada sobre calidad en laboratorios médicos. Los resultados muestran la importancia del control interno, la evaluación externa, el mantenimiento de equipos, la documentación de incidencias y el cumplimiento de procedimientos normalizados. Se concluye que el Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico desempeña una función esencial en la detección temprana de desviaciones y en el mantenimiento de la fiabilidad de los procesos analíticos.

Palabras clave

Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico; control de calidad; laboratorio clínico; calidad analítica; resultados; procedimientos.

Introducción

Los resultados generados por un laboratorio clínico pueden contribuir a la toma de decisiones sanitarias. Por ello, es necesario disponer de sistemas que permitan controlar la calidad de los procesos.

El concepto de calidad abarca diferentes etapas. No se limita al funcionamiento de un analizador, sino que comprende procesos preanalíticos, analíticos y postanalíticos.

Dentro de la fase analítica, los materiales de control permiten supervisar el comportamiento de determinados procedimientos y detectar desviaciones.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico participa directamente en la utilización de equipos, preparación de materiales, procesamiento de muestras y aplicación de procedimientos de control.

Cuando aparece una desviación, el objetivo no consiste simplemente en repetir automáticamente el procedimiento, sino en seguir los protocolos establecidos para investigar sus posibles causas.

El objetivo de este trabajo es analizar la importancia del control de calidad y la participación del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normas internacionales y bibliografía especializada relacionada con sistemas de calidad en laboratorios clínicos.

Los contenidos se estructuraron en control interno, evaluación externa, mantenimiento, documentación y gestión de incidencias.

No se generaron datos analíticos experimentales.

Resultados

El control interno permite supervisar de forma sistemática determinados procesos analíticos y detectar cambios que pueden indicar un funcionamiento inadecuado.

La interpretación de los controles debe realizarse conforme a los procedimientos establecidos por el laboratorio.

La evaluación externa de la calidad aporta una herramienta complementaria al permitir valorar el desempeño mediante programas organizados externamente.

El mantenimiento preventivo de los equipos también contribuye a la calidad. Las actuaciones deben realizarse y documentarse conforme a las indicaciones y procedimientos aplicables.

El registro de incidencias permite mantener la trazabilidad y facilita investigaciones posteriores.

La documentación constituye un componente fundamental: las actuaciones deben quedar registradas de manera que pueda conocerse qué se hizo, cuándo y, cuando proceda, por quién.

Discusión

La calidad no depende únicamente de la tecnología. Los analizadores automatizados pueden realizar grandes cantidades de determinaciones, pero siguen necesitando sistemas de supervisión.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico debe conocer los procedimientos de control correspondientes a su área y reconocer cuándo un resultado de control requiere actuación.

La presión asistencial no debería justificar la utilización de procedimientos que no cumplen los criterios de calidad establecidos.

La existencia de protocolos claros ayuda a evitar decisiones improvisadas y favorece la homogeneidad.

La cultura de calidad también requiere analizar las incidencias para prevenir su repetición.

Conclusiones

El control de calidad es esencial para mantener la fiabilidad de los procesos del laboratorio clínico.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico participa directamente en su aplicación cotidiana.

El control interno y la evaluación externa proporcionan información complementaria.

El mantenimiento y documentación de los equipos forman parte de los sistemas de calidad.

Las desviaciones deben investigarse siguiendo procedimientos establecidos.

La formación continuada constituye un elemento fundamental de la calidad analítica.

Bibliografía

International Organization for Standardization. (2022). *ISO 15189:2022. Medical laboratories — Requirements for quality and competence*. ISO.

World Health Organization. (2011). *Laboratory quality management system: Handbook*. WHO.

Westgard, J. O., & Westgard, S. A. (2016). Quality control review: Implementing a scientifically based quality control system. *Annals of Clinical Biochemistry, 53*(1), 32–50.

Trazabilidad de las muestras biológicas: responsabilidad del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico y anatomía patológica

Resumen

La trazabilidad permite mantener la identificación y seguimiento de una muestra a lo largo de las diferentes etapas del proceso de laboratorio. Desde su recepción hasta el procesamiento, conservación o eliminación, deben existir mecanismos que permitan relacionar adecuadamente la muestra con la solicitud correspondiente y conocer las actuaciones realizadas. El Técnico Superior de

Laboratorio Clínico y Biomédico participa directamente en numerosas etapas de este circuito. El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de la trazabilidad y las medidas destinadas a prevenir errores de identificación. Se realizó una revisión narrativa de normas de calidad y legislación sobre información sanitaria y protección de datos. Los resultados muestran que los sistemas de identificación, etiquetado, registro y control de incidencias constituyen elementos fundamentales. La automatización y los códigos de identificación pueden mejorar la seguridad, aunque no eliminan completamente el riesgo de error humano. Se concluye que mantener la trazabilidad constituye una responsabilidad esencial dentro de los procesos del laboratorio y requiere procedimientos normalizados y formación profesional.

Palabras clave

Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico; trazabilidad; muestras biológicas; identificación; laboratorio; seguridad.

Introducción

Una muestra biológica carece de utilidad clínica si no puede asociarse de manera fiable con la persona y solicitud correspondientes.

La trazabilidad pretende mantener esa relación durante todas las fases del proceso.

Los laboratorios actuales pueden procesar un elevado número de muestras mediante circuitos parcialmente automatizados. Esta capacidad aumenta la necesidad de sistemas robustos de identificación.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico puede intervenir en recepción, clasificación, preparación, procesamiento, conservación y otras actuaciones relacionadas con las muestras.

Un error de identificación producido en cualquiera de estas etapas puede comprometer el proceso completo.

Además, la trazabilidad debe coexistir con la protección de la información personal asociada a la muestra.

El objetivo del presente trabajo es analizar los principios de trazabilidad aplicables a la actividad del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normas de calidad aplicables a laboratorios médicos y normativa relacionada con protección de datos e información sanitaria.

Los contenidos se organizaron en identificación, registro, transporte interno, procesamiento, almacenamiento e incidencias.

No se utilizaron muestras ni datos identificativos reales.

Resultados

La identificación inequívoca constituye la base de la trazabilidad.

Los sistemas de códigos permiten automatizar determinadas etapas y disminuir la necesidad de introducir manualmente información.

Sin embargo, la tecnología no elimina completamente los errores. Una etiqueta colocada inicialmente sobre una muestra incorrecta puede mantener un error durante todo el proceso si no existen controles adecuados.

El registro de las actuaciones permite reconstruir el recorrido de la muestra cuando aparece una incidencia.

Durante el almacenamiento deben mantenerse los sistemas de identificación y las condiciones establecidas para el material correspondiente.

Cuando se detecta una discrepancia, deben seguirse los procedimientos del laboratorio y evitar modificaciones improvisadas que puedan ocultar el origen del problema.

La información asociada a las muestras debe mantenerse protegida frente a accesos no autorizados.

Discusión

La trazabilidad constituye un ejemplo claro de interacción entre tecnología y actuación profesional.

Los códigos de barras, sistemas informáticos y cadenas automatizadas ofrecen importantes ventajas, pero dependen de que la identificación inicial sea correcta.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico debe comprobar los elementos que correspondan en cada fase y comunicar las discrepancias.

Una cultura que favorezca la notificación de errores permite analizar las causas y desarrollar medidas preventivas.

La trazabilidad no debe entenderse únicamente como una exigencia documental, sino como una herramienta para la seguridad y calidad del proceso.

Conclusiones

La trazabilidad permite seguir una muestra a través de las diferentes etapas del laboratorio.

La correcta identificación constituye su elemento fundamental.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico participa en diferentes puntos críticos del circuito.

La automatización puede reducir determinados errores, pero no sustituye la supervisión profesional.

Las incidencias deben registrarse y gestionarse siguiendo procedimientos establecidos.

La protección de datos debe mantenerse durante todo el ciclo de la muestra.

Bibliografía

International Organization for Standardization. (2022). *ISO 15189:2022. Medical laboratories — Requirements for quality and competence*. ISO.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679*. Diario Oficial de la Unión Europea.

World Health Organization. (2011). *Laboratory quality management system: Handbook*. WHO.

Automatización y transformación digital: nuevas competencias del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico y anatomía patológica

Resumen

La automatización ha transformado profundamente el funcionamiento de los laboratorios clínicos. Los analizadores automatizados, sistemas de transporte de muestras, tecnologías de identificación y sistemas de información permiten gestionar un elevado volumen de procesos con mayor estandarización. Esta evolución no elimina la participación del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico, sino que modifica parte de sus competencias y aumenta la importancia de la supervisión, control de calidad y gestión de incidencias. El objetivo de este trabajo es analizar el impacto de la automatización y

digitalización sobre la actividad del técnico. Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con calidad, automatización y sistemas de información de laboratorio. Los resultados muestran que la automatización puede disminuir determinadas tareas manuales y mejorar la trazabilidad, aunque introduce riesgos relacionados con errores sistemáticos, dependencia tecnológica, integración informática y ciberseguridad. Se concluye que el Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico necesita combinar conocimientos tradicionales de laboratorio con competencias tecnológicas y capacidad para detectar desviaciones en sistemas automatizados.

Palabras clave

Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico; automatización; digitalización; laboratorio clínico; tecnología; sistemas de información.

Introducción

Los laboratorios clínicos han experimentado una importante transformación tecnológica.

Muchas actividades que anteriormente requerían una intervención manual intensiva pueden realizarse actualmente mediante analizadores, sistemas robotizados y cadenas de automatización.

Los sistemas de información de laboratorio permiten gestionar solicitudes, identificación, resultados, controles y diferentes elementos relacionados con la trazabilidad.

Esta transformación ha modificado el trabajo del Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico.

El profesional continúa necesitando conocimientos sobre muestras, técnicas y procedimientos, pero debe comprender también el funcionamiento general de los sistemas automatizados que utiliza.

La automatización aporta ventajas importantes, pero también puede amplificar determinados errores. Una configuración incorrecta puede afectar de forma sistemática a numerosos procesos antes de ser detectada.

El objetivo de este trabajo es analizar las oportunidades y retos derivados de la automatización para el Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación sobre automatización, calidad y sistemas de información en laboratorios clínicos.

Los contenidos se clasificaron en automatización preanalítica, analizadores, sistemas de información, control de calidad y competencias profesionales.

No se analizaron equipos comerciales concretos ni datos de pacientes.

Resultados

La automatización preanalítica permite mecanizar determinadas tareas de clasificación, transporte, centrifugación o preparación de muestras dependiendo de la configuración del laboratorio.

Los analizadores automatizados pueden procesar numerosas determinaciones siguiendo procedimientos previamente configurados.

Los sistemas informáticos facilitan la trazabilidad y transmisión de información entre diferentes fases.

Sin embargo, una incidencia técnica puede afectar a múltiples muestras, por lo que la supervisión continúa siendo necesaria.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico debe ser capaz de reconocer alarmas, incidencias y resultados de control que indiquen posibles desviaciones, actuando conforme a los procedimientos establecidos.

La digitalización también aumenta la importancia de la ciberseguridad y de la protección de las credenciales utilizadas para acceder a los sistemas.

Discusión

La automatización no implica la desaparición del profesional, sino una transformación de sus tareas.

A medida que disminuyen determinadas operaciones manuales repetitivas, adquieren mayor importancia la supervisión, resolución de incidencias y control de calidad.

El conocimiento de los principios técnicos continúa siendo necesario. Un profesional que comprende el fundamento de un procedimiento puede interpretar mejor una alarma o detectar un comportamiento inesperado.

La dependencia de sistemas informáticos también obliga a disponer de procedimientos de contingencia ante fallos.

La formación continuada debe acompañar a la incorporación de nuevas tecnologías para evitar una brecha entre las capacidades del equipamiento y las competencias de quienes lo utilizan.

Conclusiones

La automatización ha transformado significativamente los laboratorios clínicos.

El Técnico Superior de Laboratorio Clínico y Biomédico continúa desempeñando una función fundamental en los procesos automatizados.

La supervisión y el control de calidad adquieren especial importancia en entornos de alta automatización.

Los sistemas digitales pueden mejorar la trazabilidad, pero introducen nuevos riesgos tecnológicos.

La ciberseguridad y la protección de credenciales forman parte de las nuevas competencias necesarias.

La formación continuada resulta imprescindible para adaptar el perfil profesional a la evolución tecnológica del laboratorio.

Bibliografía

International Organization for Standardization. (2022). *ISO 15189:2022. Medical laboratories — Requirements for quality and competence*. ISO.

World Health Organization. (2011). *Laboratory quality management system: Handbook*. WHO.

Hawker, C. D. (2017). Laboratory automation: Total and subtotal. *Clinics in Laboratory Medicine, 37*(2), 219–233.

Plebani, M. (2010). The detection and prevention of errors in laboratory medicine. *Annals of Clinical Biochemistry, 47*(2), 101–110.

EL CELADOR EN SU RELACION CON LOS PACIENTES.

Higiene del Paciente Hospitalizado

La higiene en pacientes hospitalizados es fundamental para prevenir infecciones, mejorar la comodidad y conservar la salud de la piel.

- La higiene incluye actividades para aumentar y conservar la salud, prevenir enfermedades y proporcionar bienestar.
- Se distingue entre higiene individual (normas y hábitos personales) y social (normas comunitarias).
- En hospitales, la higiene recae en auxiliares de enfermería, ayudados por celadores y supervisados por enfermeros.
- El aseo del paciente es la limpieza del cuerpo y mucosas externas para comodidad y bienestar.
- Objetivos: ofrecer buenos hábitos, mejorar calidad de vida, estimular circulación, conservar la piel, reducir infecciones, eliminar células muertas y disminuir fiebre.

- La piel sana es lisa, íntegra e hidratada, actúa como barrera protectora y su grosor varía entre 0,5 y 2 mm.
- La higiene debe ser minuciosa para que la piel funcione eficazmente en protección, regulación térmica, secreción, absorción y sensibilidad.

Protocolos y Técnicas de Aseo

El aseo debe realizarse con cuidado, respetando la temperatura, la privacidad y la autonomía del paciente.

- Temperatura ambiente adecuada: 24ºC.
- Comprobar que el agua esté entre 37º y 40ºC.
- Preparar todo el equipo antes de comenzar y aislar al paciente si es necesario.
- El aseo completo incluye lavado de pies diario, lavado de cabello semanal y baño diario.
- En ducha o bañera, el paciente debe tener autonomía suficiente; el efecto puede ser estimulante o relajante.
- En aseo en cama, se realiza en pacientes inmóviles, con ayuda de dos personas, usando materiales específicos y siguiendo un protocolo de secuencia.
- Se protege la intimidad del paciente, se evita mojar la cama y se secan bien las zonas lavadas.
- La higiene bucal, ocular, facial, genital y de cabeza tiene procedimientos específicos.
- La higiene genital se realiza en dirección de arriba hacia abajo, en decúbito supino, con agua y antiséptico no irritante.

Movilización y Traslado de Pacientes

La movilización requiere técnicas seguras para reducir riesgos y aumentar la comodidad.

- Posiciones frecuentes: decúbito supino, prono, lateral, Fowler, Sims, Trendelemburg, Ginecológica, Genupectoral y Roser.
- Cambios posturales deben seguir normas: preparar área, usar músculos grandes, evitar esfuerzos bruscos y actuar en equipo.

- Movilización en cama, orilla, camilla o silla de ruedas, con técnicas para pacientes con o sin movilidad.
- Para trasladar en camilla, se debe seguir protocolo en ascensores y pasillos, asegurando la sujeción y evitando corrientes de aire.
- La deambulación se realiza siempre con acompañamiento y ayuda de medios auxiliares.
- Transporte en ambulancias requiere celadores que aseguren la seguridad del paciente en todo momento.

Uso de Medios Mecánicos para Movilización

Los dispositivos mecánicos facilitan la movilización de pacientes impedidos o pesados, garantizando seguridad.

- Grúas: mecánicas, hidráulicas y eléctricas, con arnés para mover pacientes con poca movilidad.
- El arnés se coloca según instrucciones del fabricante, revisándose antes de cada uso y siendo de uso individual.
- Se colocan en planta, almacén u otras dependencias.
- Transfer: dispositivos que deslizan pacientes entre planos, evitando esfuerzos y dolor.
- Transfer fijo: rolón eléctrico que transporta horizontalmente con plancha forrada.
- Rolón o rollbord: chapa recubierta que desliza pacientes entre planos paralelos.
- La correcta colocación y manejo de estos dispositivos es esencial para la seguridad y comodidad del paciente.

Características y Normas de Camas y Sillas

Las camas y sillas tienen componentes específicos para seguridad y funcionalidad. La cama cuenta con freno, trapecio, portasueros, vallas laterales, cabezal escamoteable, ruedas y piecero extensible.

- El freno se ubica en la parte baja, debajo de los pies, y permite fijar la dirección.
- La cama puede tener mesita incorporada y accesorios para facilitar el cuidado.
- La movilización y transporte en camas, camillas o sillas requiere técnicas específicas, asegurando la sujeción y evitando golpes.

- En transporte en ascensores, se debe entrar primero el celador y tirar de la cabecera para facilitar la entrada y salida.
- La correcta utilización de estos elementos previene caídas y lesiones durante el traslado y movilización.

Traslado y manejo de camas y camillas en hospitales

El traslado y manejo adecuado de camas, camillas y sillas de ruedas es fundamental para la seguridad y comodidad del paciente, siguiendo procedimientos específicos y precauciones.

Procedimientos para trasladar camas hospitalarias

El traslado de camas se realiza desplazando desde el piecero, verificando que no esté enchufada si es eléctrica y que componentes no obstaculicen el movimiento; algunas camas tienen una quinta rueda para facilitar giros y desplazamientos laterales.

Tipos y clasificación de camas hospitalarias

Existen camas hidráulicas, eléctricas con mando para autonomía del paciente y mecánicas con manivelas; cada tipo tiene funciones específicas y diferentes mecanismos de manejo.

Características y manejo de camillas hospitalarias

Las camillas se usan para transporte y atención en consultas, desplazándose desde la parte trasera, con ruedas delanteras en sentido de marcha y ruedas traseras libres; algunas tienen una quinta rueda para facilitar giros, y se ubican en servicios especiales como quirófanos y urgencias.

Clasificación y uso de diferentes modelos de camillas

Camillas de exploración con cabecero elevable, camillas de traslado con portasueros y vallas laterales, y camillas de tijera en aluminio para traslados complicados, cada una diseñada para funciones específicas y manejo particular.

Uso y manejo de sillas de ruedas

Se recomienda evitar que el paciente toque los reposapiés, cubrirlo para preservar su intimidad, sujetar y frenar la silla al moverla, y tener precaución con tubos y sondas; se entra en el ascensor de espaldas y se sale de frente, subiendo y bajando bordillos de espaldas.

Accesorios y accesorios complementarios de sillas

Incluyen tablas para pacientes con movilidad limitada, portabala de oxígeno, portasueros y bolsas portadocumentos, para facilitar el traslado y atención del paciente.

Correas de sujeción y sistemas de inmovilización

Las correas Segufix permiten abrir y cerrar en décimas de segundo, con sujeciones abdominales, laterales, de manos y pies, y de inmovilización total, garantizando seguridad y libertad de movimiento según necesidad.

Materiales y equipos médicos adicionales

Incluyen mesas de quirófano con movilización total de extremidades, adaptadas a cada intervención y siguiendo indicaciones del personal sanitario.

Uso y manejo del oxígeno en pacientes

El oxígeno es un gas reactivo, incoloro e inodoro, con riesgo de explosión si se engrasar; las bombonas tienen manómetro, tirador de apertura, toma para respiración asistida, leyenda de seguridad y recomendaciones de duración según presión y litros administrados; en traslado, se cuelga en la cama y se evita colocar el humidificador tumbado si se usa.

Precauciones en la manipulación de oxígeno

Se deben seguir estrictas precauciones para evitar riesgos de incendio o explosión, especialmente por la sensibilidad del oxígeno a hidrocarburos y aceites.

ACTUACION DEL CELADOR CON EL ENFERMO MENTAL

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La OMS (Organización Mundial de la Salud), en 1948, define salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Englobando en este concepto a la salud mental.

En 1986, a través de la Ley General de Sanidad, es cuando en España se produce la plena integración y equiparación del enfermo mental en el sistema sanitario general. Desarrollando servicios de rehabilitación y reinserción social para una adecuada atención integral de los problemas del paciente mental, teniendo una consideración especial la psiquiatría infantil y la psicogeriatría.

Entendemos por PSIQUIATRÍA, la rama de la medicina que tiene por objeto el estudio, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades mentales.

La psiquiatría trata ciertos trastornos de la personalidad y la conducta y también trata de evitar y poner remedio a ciertas variantes psíquicas anormales como la Psicosis y la Neurosis.

1. Neurosis. Trastorno psíquico donde la persona conserva el juicio de la realidad, se da cuenta de su problema, es consciente de su enfermedad y solicita ayuda psicológica o psiquiátrica. En este grupo se encuentran los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos disociativos, trastornos de personalidad, la depresión, las fobias, el síndrome de Burnout, el síndrome de pánico, etc.

2. Psicosis. Enfermedad mental grave caracterizada por la deformación de la realidad. Las personas que padecen este tipo de enfermedad o trastorno necesitan tratamiento psiquiátrico y algunas de ellas también internamiento. Las más características son la esquizofrenia y el trastorno de afecto bipolar.

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA UNIDAD DE PSIQUIATRÍA

- Vigila la puerta de acceso a la unidad controlando las entradas y salidas, no permitiendo el acceso más que a personas autorizadas y cuidando no

introduzcan comidas, bebidas u objetos que pudieran resultar peligrosos o no autorizados.

- Colabora con el resto del personal de que los enfermos no hagan un uso indebido de los enseres, de la ropa, evitando su deterioro.
- Tramitará y conducirá sin tardanza las comunicaciones verbales, documentos y objetos que les sean confiados por sus superiores.
- Trasladarán de unos servicios a otros los aparatos o mobiliario que se le indique. ● Cuida del entorno del paciente creando un buen ambiente de luz y sonido, levantando persianas por la mañana y bajándolas por la noche.
- Vigila el orden y la armonía de los pacientes.
- Cuidará continuamente por conseguir el mayor silencio posible en todas las dependencias de la unidad, respetando los horarios de sueño.
- Controla la estancia y la circulación de los familiares y visitantes en las habitaciones de los enfermos y en las zonas comunes, evitando toda aquella acción que perjudique al propio paciente o al orden de la unidad.
- Ayuda al aseo de los pacientes que no puedan hacerlo solos.
- Vigila que todos los pacientes realicen el aseo personal fomentando una correcta adecuación en el vestido y maquillaje.
- Estará encargado de acudir al servicio de farmacia a recoger el pedido, incluyendo el traslado de medicamentos de la planta de hospitalización a la farmacia.

● Acompaña a los pacientes, junto con el personal sanitario, a los paseos por el exterior del recinto hospitalario. ● Estimula la actividad física de los pacientes. ● Controla el suministro y consumo de tabaco. (Está permitido fumar en la Sala de Fumadores y en las zonas ajardinadas externas)

● Se abstendrá de hacer comentarios con los familiares y visitantes de los pacientes sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos que se estén realizando a los mismos y mucho menos sobre los pronósticos de su enfermedad, debiendo siempre orientar las consultas hacia el médico encargado de la asistencia del enfermo. ● Colaborará con el personal sanitario a la contención mecánica de pacientes agitados. ● Traslada pacientes a las unidades y consultas del centro como a otras instituciones que sea preciso.

CLASIFICACIÓN DE LAS UNIDADES DE PSIQUIATRÍA

La atención a los problemas de salud mental de la población se realizará potenciando los recursos asistenciales a nivel ambulatorio, los sistemas de hospitalización parcial y la atención a domicilio con el fin de reducir al máximo la hospitalización.

Los servicios de salud mental y de atención psiquiátrica del sistema sanitario general estarán en coordinación con los servicios sociales para cubrir la prevención primaria y atender los problemas psicosociales que conllevan la perdida de la salud.

Los recursos asistenciales en salud mental son todos los dispositivos disponibles para la asistencia y la rehabilitación del paciente psiquiátrico.

1. DISPOSITIVOS SANITARIOS

● Centro de salud. Los centros de salud de atención primaria serán la vía de acceso a las diferentes estructuras en atención psiquiátrica.

● Unidad de hospitalización. Las unidades de hospitalización son plantas asistenciales situadas en los hospitales generales para el ingreso del paciente psiquiátrico agudo. Se denominan unidades de corta estancia.

● Hospital de día. Se trata de una hospitalización parcial donde se presta una atención terapéutica (psicoterapia, terapia ocupacional, socio-terapia, etc.).

El tratamiento suele durar de 6 a 12 meses y se realiza, por lo general, en horario de 9 a 17 horas, permaneciendo el resto del tiempo en el domicilio.

2. DISPOSITIVOS INTERMEDIOS REHABILITADORES

- Centro de día. Centro dedicado a la rehabilitación psicosocial del paciente crónico en situación de dependencia o con medio socio-laboral desestructurado, con el fin de recuperar la autonomía y así poder incorporarse a la sociedad.
- Centro de media estancia. Centro rehabilitador perteneciente al nivel terciario cuyo objetivo es la rehabilitación del paciente tras pasar por un ingreso de 6 a 12 meses. ● Centro de larga estancia. Centro dedicado a la atención de pacientes que no pueden seguir ningún tratamiento rehabilitador, pacientes sin autonomía y sin recursos sociofamiliares.
- Talleres ocupacionales. Centros donde se ofrece terapia ocupacional a pacientes derivados de otros recursos asistenciales con el fin de orientarlos y acercarlos al mundo laboral alcanzando así la independencia funcional de la persona.
- Pisos protegidos. Recurso rehabilitador de carácter terciario, donde en régimen de convivencia de grupo y bajo la supervisión de un trabajador social, los pacientes llevan una vida completamente autónoma, aunque la estancia tiene carácter transitorio, para algunas personas puede llegar a ser permanente, debido a la falta de recursos sociales, laborales y familiares.

El celador en la unidad de psiquiatría ante la situación de un paciente agitado o agresivo deberá adoptar las siguientes normas generales de actuación:

- Llamar inmediatamente a la enfermera de la unidad
- Separar al paciente agitado del resto de enfermos
- Cuidar que la habitación del paciente esté iluminada suavemente
- Se evitará en lo posible el exceso de voces y timbres (se hablará en un tono bajo) ● Mantener la seguridad, tanto del paciente como del personal sanitario y no sanitario

TIPOS DE REDUCCIÓN DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

Al paciente psiquiátrico se le puede reducir de tres formas posibles:

1. Reducción farmacológica, se realiza a través de medicación suministrada al paciente, y puede ser:

● Paliativa, al paciente se le administra por vía oral o intramuscular un medicamento que reduce parcialmente su estrés, ansiedad, angustia, agitación o agresividad. ● Resolutiva, al paciente se le administra un fármaco generalmente por vía intravenosa. (El celador destinado en la unidad de psiquiatría nunca administrará medicación al paciente)

2. Reducción física, procedimiento de inmovilización del paciente psiquiátrico violento que con su actitud puede causar daño a sí mismo o a los demás, debe realizarse siempre por varias personas.

El paciente reducido puede que también precise de una reducción farmacológica y contención mecánica, siendo el facultativo quien lo prescriba.

3. Reducción verbal, se realiza a través de la comunicación con el paciente, interviniendo dos o más participantes y haciendo uso tanto del lenguaje verbal como del no verbal. Actitud que se debe tomar frente al paciente agitado:

- Hay que mostrar una actitud positiva, ganarse se confianza, mostrarles sus cualidades y habilidades fortaleciendo su autoestima, para que de esta forma tenga la necesidad de comunicarse con su interlocutor y siempre manteniendo un tono de voz a un ritmo relajante, controlando el volumen y la modulación de la voz. ● No se debe cortar la conversación, ni generalizar.
- Se evitarán en todo momento las amenazas, tanto con la palabra como con la acción de las manos.
- Se debe hablar con claridad, sin hacer uso de palabras técnicas.
- Realizar una escucha activa, pidiéndole su criterio realizando preguntas y específicas.
- Se debe respetar en todo momento el círculo de seguridad del paciente.
- Se evitará hacer movimientos bruscos.

Ante una actitud verbalmente hostil, nos encontramos con varias fases o estados, es los que se llama la Curva de la Hostilidad, descrita como "una actitud

hostil o agresiva denotando una activación emocional del que podemos predecir su evolución que sigue un patrón determinado" por Allaire y Mc Nelly en 1983.

Fases de la Curva de la Hostilidad.

1. Fase Racional. La mayor parte de los pacientes suelen tener una actitud razonable, manteniendo un nivel emocional adecuado para discutir cualquier problema.

2. Fase de Disparo o Salida. Sucede cuando un acontecimiento imprevisto aparece y la persona se dispara, surgiendo sus emociones y sentimientos, mostrando irritación, enojo, enfado, etc. Cualquier intento por hacer razonar a la persona enojada suele fracasar, la mejor opción es escuchar.

3. Fase de Enlentecimiento. La irritación no suele durar siempre, si no existe una provocación posterior, la reacción de disparidad o contrariedad se va agotando y el paciente comienza a venirse abajo.

4. Fase de Afrontamiento. Es el momento en el que la persona que ha estado escuchando al paciente puede intervenir, sin juzgar. El interlocutor debe empatizar y reconocer el estado emocional del paciente, todo ello puede contribuir a que se extinga la hostilidad y aparezca la fase de calma.

5. Fase de Enfriamiento. Si se ha dicho algo empatizante, la persona se enfriará y llegará a calmarse. El paciente se enfría, se calma en el momento que se ha visto escuchada y reconocida en su sentimiento.

6. Fase de Solución. El paciente vuelve al nivel raciona del que salió. Es el momento adecuado para afrontar el problema.

Para afrontar cualquier hostilidad en un paciente hay que intentar:

1. Escuchar -escucha activa- 2. Empatizar

3. Preparar la situación
4. Ser recompensante
5. Expresar sentimientos
6. Emplear mensajes "yo"

Las cuatro primeras actitudes reducen la hostilidad, las dos últimas pretenden hacer ver al paciente el daño que puede producir su actitud hostil en las relaciones interpersonales.

El plan de actuación a seguir ante un paciente psiquiátrico se determinará atendiendo a la información recogida en la exploración psiquiátrica.

CONTENCIÓN MECÁNICA

En ocasiones es preciso inmovilizar a un paciente debido a la conducta agresiva, violenta y agitada que muestra, siendo una amenaza para él o para el resto de las personas, en estos casos será el médico quien prescriba la sujeción mecánica. Dicha actuación la debe realizar todo el personal. -El celador debe colaborar en la sujeción del paciente- la inmovilización o contención mecánica (sujeción mecánica) es una medida terapéutica excepcional dirigida a la inmovilización parcial o total de la mayor parte del cuerpo de un paciente que lo precise, se realiza para garantizar su seguridad o la de las demás personas que están a su lado (familia, pacientes, personal sanitario, personal no sanitario, etc.) y cuando las demás medidas de contención hayan fracasado (farmacológica y verbal).

Será necesaria la implicación de 4 o 5 personas, ocupándose cada uno de ellos de un miembro del paciente (mínimo 4 personas). Para proceder a la retirada de la sujeción mecánica -autorizada siempre por el facultativo- será necesaria la colaboración de 4 personas y se hará de forma escalonada.

Se precisa para ello un juego de correas homologadas, compuesto por:

- Cinturón ancho abdominal
- 2 sujeciones para los miembros superiores (muñecas)
- 2 sujeciones para los miembros inferiores (tobillos)
- Alargaderas para poder fijar mejor las contenciones a la cama
- Botones o anclajes suficiente para todas las sujeciones anteriores ● Botones de sujeción y sus correspondientes cierres de imán o de muelle

INGRESO HOSPITALARIO DEL PACIENTE PSIQUIÁTRICO

En los procesos de internamiento por razón de trastorno psíquico puede ocurrir que este no sea voluntario, es decir, que no lo decide el paciente, en estos casos se requerirá autorización judicial previa de dicho internamiento, salvo que por razones de urgencia sea necesario el ingreso del paciente de forma inmediata a un centro psiquiátrico, por lo que se comunicará al juez dentro del plazo de 24 horas.

Lo ideal es que el paciente acceda al ingreso de forma voluntaria.

No se efectuará el traslado de un paciente agitado hasta que no se garantice su seguridad

El celador destinado en la unidad de psiquiatría debe estar familiarizado con el tipo de paciente internado en dicha unidad, por lo que de un modo somero se explica a continuación algunas de las patologías padecidas por el enfermo mental. Existen varios tipos de trastornos mentales manifestándose de forma distinta cada uno de ellos, si bien todos ellos se caracterizan por la combinación de alteraciones del pensamiento, la percepción, las emociones, la conducta y las relaciones con los demás. Podemos distinguir entre ellos la depresión, el trastorno afectivo bipolar, la esquizofrenia y otros psicosis, la demencia, los trastornos del desarrollo.

ESQUIZOFRENIA: Trastorno mental grave caracterizado por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Existencia de delirios y alucinaciones como oír voces, etc. afectando el desempeño educativo y laboral.

DEMENCIA: Síndrome, generalmente de origen crónico o progresivo, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva, es decir, la capacidad para procesar el pensamiento y que suele ir acompañado de una disminución del control emocional, el comportamiento social o la estimulación. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Las personas con demencia tienen dificultad para llevar a cabo las tareas cotidianas, tienen dificultad con las palabras y los números, se sienten intrusos en su propia casa, su entorno familiar no lo reconocen, pérdida de memoria y presentan cambios en el humor y en el

comportamiento. Aunque la demencia está asociada a la edad, no constituye una consecuencia normal del envejecimiento. Tipos de demencia:

1. Alzheimer (la forma más común de demencia). Trastorno cerebral que se caracteriza por la pérdida progresiva de habilidades intelectuales y sociales.

2. Demencia Vascular. Trastorno cerebral que se identifica por la pérdida de memoria y la dificultad para pensar, provocado por daños cerebrovasculares.

3. Demencia con cuerpos de Lewy. Síndrome degenerativo y progresivo del cerebro. Ocurre cuando se acumulan unas estructuras anormales de proteínas en el interior de las células nerviosas, que reciben el nombre de cuerpos de Lewy. Los síntomas más comunes son los cambios en el estado de alerta y de atención, problemas de movimiento, alucinaciones, rigidez muscular, pérdida de memoria. (La enfermedad de Alzheimer y de Parkinson tienen síntomas similares a la demencia con cuerpos de Lewy).

4. Demencia frontotemporal. Grupo de demencias progresivas y degenerativas del lóbulo frontal del cerebro, cómo la enfermedad de Pick, que afectan principalmente a la personalidad, al comportamiento y al habla (dificultad de expresar y entender el lenguaje).

DEPRESIÓN: Trastorno mental asociado a un trastorno de ansiedad, caracterizado por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño, sensación de cansancio, falta de concentración, trastorno alimentario. La depresión dificulta la práctica de la vida diaria, afectando a la capacidad de trabajo, del estudio, de la productividad, etc. llegando a empujar al suicidio en situaciones de depresión grave y que afecta a personas de todas las edades y condiciones sociales.

TRASTORNO AFECTIVO BIPOLAR Trastorno caracterizado por la alternancia de episodios maníacos y depresivos con periodos de estado de ánimo normal. Los episodios de manía se caracterizan por un estado de ánimo exaltado, existencia de hiperactividad, autoestima elevada, verborrea, falta de sueño.

TRASTORNOS DEL DESARROLLO Suelen aparecer en la infancia y pueden perdurar hasta la edad adulta. Son un conjunto de alteraciones del comportamiento social caracterizados por retrasos en diferentes áreas del desarrollo (sonreír, sentarse, comer, caminar, hablar, leer, escribir, etc.) dificultando la realización de las actividades normales diarias correspondientes a su edad.

FUNCIONES DEL CELADOR

La Ley General de Sanidad establece que en los servicios de salud se integrarán los diferentes servicios sanitarios públicos de su respectivo ámbito.

Tal integración se realiza con las peculiaridades organizativas y funcionales de los correspondientes centros, entre ellas el régimen jurídico de su personal.

El CELADOR forma parte del personal de los servicios sanitarios cuyas funciones están reguladas por el estatuto preconstitucional de 1971, por ello era necesario actualizar y adaptar su régimen jurídico. Siendo actualizada a través de la Ley 55/2003, 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los Servicios de Salud constituyendo la norma básica de dicho personal, todo ello se realiza de conformidad con la Constitución Española, en su artículo 149.1.18.

FUNCIONES DEL CELADOR

TRAMITARÁN ó CONDUCIRÁN	• Comunicaciones verbales • Documentos • Objetos	**VELARÁN** continuamente	• Por conseguir el mayor orden y silencio en la Institución
TRASLADARÁN	• Aparatos ó Mobiliarios • Enfermos (tanto dentro de la Institución como en el Servicio de Ambulancias) • Cadáveres al mortuorio	**DARÁN CUENTA**	• A sus inmediatos superiores sobre desperfectos ó anomalías en limpieza y conservación del edificio ó material
		HARÁN	• Servicios de Guardia en turnos establecidos
AYUDARÁN	• A las Enfermeras y Ayudantes de Planta (para movimiento y traslado de enfermos encamados que requieran trato especial, por sus dolencias, para hacerles las camas) • En la colocación y retirada de cuñas (por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo, cuando no pueda ser movido sólo por las Enfermeras ó Ayudantes de Planta) • A las Enfermeras o personas encargadas a amortajar a los fallecidos • En la práctica de autopsias en funciones auxiliares (no uso de instrumental sobre el cadáver)		
REALIZARÁN excepcionalmente	• Labores de limpieza, cuando no sea idóneo o decoroso realizarlas por el personal femenino (por situación, emplazamiento, dificultad de manejo, peso, etc.) • Limpiarán la Mesa de Autopsias y la Sala de Autopsias (siempre, no excepcionalmente)	**LAVARÁN y ASEARÁN** excepcionalmente	• A los enfermos masculinos encamados ó que no puedan hacerlo por sí mismos (a indicación de Supervisoras de Planta ó Servicio ó personas que las sustituyan legalmente)
		BAÑARÁN	• A los enfermos masculinos cuando no puedan hacerlo por sí mismos
RASURARÁN Sin peluquero Urgencia tto.	• A los enfermos masculinos que vayan a ser sometidos a intervenciones quirúrgicas (sólo en caso de ausencia del peluquero o por urgencia en el tratamiento)		
AUXILIARÁN	• En los quirófanos en todas aquellas labores propias del Celador, así como las que les sean ordenadas por los Médicos, Supervisoras o Enfermeras.		
CUIDARÁN = resto personal	• Los enseres y ropas de la Institución, instruyendo a los enfermos en el uso y manejo de persianas, cortinas y útiles de servicio en general	**TENDRÁN** a su CARGO	• Los animales utilizados en quirófanos experimentales y laboratorios
SERVIRÁN	• De ascensoristas (por asignación especial de ese cometido ó por necesidades del servicio	**SE ABSTENDRÁN**	• De hacer comentarios sobre diagnósticos, exploraciones y tratamientos
VIGILARÁN	• Entradas de la Institución (permitiendo sólo el acceso a personas autorizadas) • Vigilancia nocturna interior y exterior del edificio,cerradas puertas servicios complementarios • Acceso y estancia de familiares y visitantes,acceso sólo personas autorizadas • Comportamiento de enfermos y visitantes(no fumar en habitaciones, traer alimentos, etc.)		
• Realizarán funciones similares a las anteriores (encomendadas por sus superiores y que no hayan quedado específicamente reseñadas) **Art. 14.2.23.**			

FUNCIONES DE VIGILANCIA

El Celador, dentro de las funciones que proceden del Estatuto de Personal No Sanitario, del artículo 14.2:

1. Vigilarán las entradas de la Institución.
2. Tendrán a su cargo la vigilancia nocturna, tanto del interior como exterior del edificio.
3. Velarán continuamente por conseguir el mayor orden y silencio posible.
4. Darán cuenta a sus inmediatos superiores de los desperfectos o anomalías que encontraran en la limpieza y conservación del edificio y materia.
5. Vigilarán el acceso y estancias de los familiares y visitantes en las habitaciones.
6. Vigilaran, asimismo, el comportamiento de los enfermos y de los visitantes.

FUNCIONES DE ASISTENCIA AL PERSONAL.

El Celador, dentro de las funciones que se derivan del Estatuto de Personal No Sanitario, del artículo 14.2:

1. Ayudarán al movimiento y traslado de los enfermos encamados que requieran un trato especial, en razón de sus dolencias, para hacerles las camas.
2. Cuando por circunstancias especiales concurrentes en el enfermo, no pueda éste ser movido, ayudará en la colocación y retirada de las cuñas para la recogida de excretas de dichos enfermos.
3. Ayudarán a amortajar a los enfermos fallecidos, corriendo a su cargo el traslado de los cadáveres al mortuorio.
4. Ayudarán a la práctica de autopsias. Limpiarán la mesa de autopsias y la propia sala.
5. 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.

RELACIÓN DEL CELADOR CON LOS FAMILIARES DE LOS ENFERMOS

La orientación e información que debe facilitar el celador se enmarca dentro del derecho que tiene el usuario de las instituciones sanitarias. Como refleja el artículo 10.2 de la Ley General de Sanidad, el cual también hace referencia a como debe ser dicha información:

La información sobre el servicio sanitario debe ser: clara, sencilla, compresible, completa y detallada, y que sea comprensible por cualquier persona.

El Celador suele ser la primera persona con la que contacta paciente y familiares al llegar a una institución sanitaria.

- La ubicación de los Servicios y Unidades del Centro.
- Al horario de los distintos servicios.
- La información sobre las horas de visita y consulta para la información médica.
- 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 para traslado de avisos, información o llamadas telefónicas del exterior, ingreso del paciente, etc.

FUNCIONES DEL CELADOR EN LA FARMACIA

El celador en la farmacia realizará las siguientes funciones:

- Recepción del material.
- Movilizará el material pesado.
- Transportará el material dentro de la farmacia.
- Acondicionará suero y alcohol, procediendo también a la dispensación a las diferentes unidades hospitalarias.
- Trasladará desde la farmacia hasta las distintas unidades hospitalarias los carros con la medicación.
- Trasladará o transportará los productos desde otras unidades del hospital hasta la farmacia.
- Preparación del alcohol.
- Custodia de la farmacia.
- Colabora en los inventarios.

La farmacia ligera consiste en la cantidad diaria de medicación que se suministra al paciente y que se denomina **unidosis,** es decir, la dispensación del producto farmacéutico individualizado para cada enfermo.

La distribución de medicamentos se realiza por **Dosis/día** a través de carros provistos de cajetines numerados, cada uno de ellos correspondiente a un paciente, donde va la medicación precisa para él.

Los servicios de farmacia de los hospitales, centros de salud y las estructuras de atención a la salud, están obligadas a suministrar o a dispensar los medicamentos que se les soliciten en las condiciones **legal y reglamentariamente** establecidas.

La custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá:

- A las oficinas de farmacia abiertas al público legalmente autorizadas.
- A los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria.

Los hospitales:

- Deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria.
- Los de más alto nivel y aquellos que se determinen, deberán disponer de servicios o unidades de farmacología clínica.
- Deben lograr un uso racional de los medicamentos.

Funciones de la farmacia en los hospitales

- Garantizar y asumir la responsabilidad técnica de la adquisición, calidad, correcta conservación, cobertura de las necesidades, custodia, preparación de fórmulas magistrales, dispensación de los medicamentos precisos para las actividades intrahospitalarias, tratamientos extrahospitalarios que requieran una particular vigilancia, supervisión y control.
- Establecer un sistema eficaz y seguro de distribución de medicamentos.
- Tomar las medidas para garantizar la correcta distribución.
- Custodiar y dispensar los productos que están en fase de investigación clínica.
- Hacer cumplir la legislación sobre estupefacientes y psicótropos (toda petición a la farmacia de cualquier unidad de estos productos debe ir firmada por un facultativo).
- Establecer un servicio de información de medicamentos para todo el personal del hospital.
- Formar parte de las comisiones hospitalarias.
- Establecer un sistema de farmacovigilancia intrahospitalario.
- Efectuar trabajos de investigación propios o en colaboración con otras unidades o servicios.
- Participar en los ensayos clínicos con medicamentos.

Características de la farmacia hospitalaria:

- El titular y responsable de la farmacia será un **farmacéutico** especialista en farmacia hospitalaria.
- Los hospitales deberán disponer de servicios o unidades de farmacia hospitalaria con arreglo a las condiciones mínimas establecidas.

- Los hospitales 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 vendrán determinadas por la autoridad sanitaria competente-

- Dependiendo del volumen, actividades y tipo de hospital, la necesidad de farmacéuticos adicionales en la farmacia de un hospital vendrá determinado por **normativa reglamentaria.**

- Los profesionales sanitarios tienen el deber de comunicar a las autoridades sanitarias, los efectos inesperados o tóxicos para las personas o la salud pública que pudieran haber sido causados por los medicamentos.

- Será la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, quien coordine el sistema de farmacovigilancia.

La Administración sanitaria del Estado, es el organismo competente para valorar la idoneidad sanitaria de los medicamentos y demás productos y artículos sanitarios.

- Corresponde al Ministerio de Sanidad el ejercicio de las competencias del Estado en materia de evaluación, registro, autorización, vigilancia y control de los medicamentos.

- La Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, como organismo autónomo, es el organismo técnico especializado en asumir la evaluación, registro, autorización, inspección, vigilancia y control de medicamentos.

El Ministerio de Sanidad, junto con las comunidades autónomas, acometerá acciones encaminadas al uso racional del medicamento que comprenderán, entre otras:

1. Programas de educación sanitaria dirigidos a la población general para la prevención de la automedicación, el buen uso de los medicamentos y la concienciación social e individual sobre su coste.

2. Programas de formación continua de los profesionales, que les permita una constante incorporación de conocimientos sobre nuevos medicamentos y la actualización sobre la eficacia y efectividad de éstos.

FUNCIONES DEL CELADOR EN EL QUIRÓFANO

1. 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.

2. Tendrán a su cargo el traslado de los pacientes desde la unidad donde se encuentren hasta el quirófano, sala de reanimación y viceversa, cuidando en todo momento de que a cada paciente le acompañe su historia clínica, entregada al celador por la enfermera de la unidad de procedencia.

3. Ayudarán al personal sanitario en la colocación del paciente en la mesa de operaciones -a la enfermera circulante, que es la encargada del paciente-. 4. Colaboran con el anestesista en posicionar al enfermo en la posición adecuada. Primero se coloca al paciente para ser anestesiado, y cuando el anestesista indique, se procederá a la colocación adecuada para la cirugía del paciente. 5. Ayudarán a la sujeción o movilización de los pacientes que lo requieran, siempre que el médico, supervisora o enfermera encargada lo solicite.

6. Trasladarán los aparatos o mobiliario precisos para la intervención. Moverán dentro del quirófano el aparato de RX, ecógrafo, arco de anestesia, torre de laparoscopia, etc.

7. Durante las intervenciones quirúrgicas, el celador permanecerá en el antequirófano por si precisaran de sus servicios.

8. Trasportarán documentos, analíticas, pruebas, que se realicen durante la intervención, al laboratorio, al banco de sangre (concentrado de hematíes y plaquetas), al servicio de anatomía patológica (biopsias), etc.

9. Al igual que en todas las unidades de la Institución Sanitaria, el celador debe cumplir y respetar todas las normas internas establecidas para el área quirúrgica, prestando especial atención en la higiene o asepsia.

10. Harán los servicios de guardia que correspondan dentro de los turnos que se establezcan.

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

12. Trasladarán al mortuorio a los pacientes fallecidos durante la intervención. En caso de amputación de algún miembro al paciente, el celador transportará dicho miembro al mortuorio, siempre con la autorización del cirujano.

13. En el traslado del paciente del quirófano a la sala de reanimación, éste irá con la cabeza lateralizada para evitar que los vómitos le ahoguen si no está despierto, los brazos y los codos irán por encima del cuerpo, nunca deben sobresalir de la cama, la cama la deslizará con suavidad.

14. También serán misiones del Celador todas aquellas funciones similares a las anteriores y que no hayan quedado específicamente reseñadas.

15. Una de las funciones específicas del celador es la de rasurar: 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 requieran.

RASURADO Protocolo de actuación:

1. Colocación de guantes.

2. Se limita la zona a rasurar, que comprende el espacio donde se va a producir la incisión y la zona adyacente.

3. Se prepara todo el material necesario.

4. Se coloca al paciente en la posición adecuada.

5. Explicar al paciente lo que se le va a hacer.

6. Evitar rasurar sobre lunares, verrugas o cualquier otra irregularidad de la piel, en caso de que la zona a rasurar tuviera algún tipo de herida, será la enfermera quien deba realizar el rasurado al paciente.

7. En intervenciones de neurocirugía, será preciso cortar el pelo con unas tijeras antes de proceder al rasurado.

8. El rasurado debe realizarse en el sentido del crecimiento del vello, y siempre de zona limpia a zona sucia.

9. Se elimina el vello rasurado con un esparadrapo o apósito adhesivo.

10. Lavarse las manos antes y después del rasurado.

Material necesario a para el rasurado:

- Guantes desechables
- Batea
- Jabón
- Esponja – esponja jabonosa
- Maquinilla desechable (una maquinilla para un solo paciente)
- Toallas
- Esparadrapo
- Tijeras

TIPOS DE CIRUGÍA

1. POR LA GRAVEDAD

- **Alto riesgo**. Presenta un riesgo para la vida del paciente.
- **Bajo riesgo**. No presenta dificultades ni riesgos para la vida del paciente.

2. POR SU EXTENSIÓN

- **Mayor**. Con anestesia general y ayuda respiratoria, la recuperación puede tardar varios días o semanas, el paciente necesita preparación antes y después de la operación.

- **Menor**. Cirugía más simple, por regla general con anestesia local (aunque en algunas intervenciones la anestesia puede ser general).

3. POR EL PROPÓSITO

- **Diagnóstica**. Se utiliza para determinar la causa de los síntomas, un ejemplo es la extracción de tejido para realizar una biopsia.

- **Curativa**. La función de este tipo de intervención es retirar del organismo del paciente la porción dañada (Ej.: extirpación de una masa tumoral, extirpación del apéndice, etc.).

- **Reparadora o reconstructiva**. El principal objetivo de esta intervención es la de regenerar y mejorar la funcionalidad y la apariencia corporal, fortalecer zonas debilitadas, volver a unir zonas que se encuentran separadas, corregir deformidades.

- **Estética**. La función de este tipo de cirugía es mejorar y perfeccionar el aspecto físico del paciente.

- **Paliativa**. Se utiliza para calmar los síntomas de una enfermedad sin que ésta esté curada, o no exista posibilidad de cura. Se utiliza para dar una mejora de calidad de vida al paciente, aliviar el dolor.

4. POR EL TIEMPO

- **Emergente**. Decimos que existe una emergencia cuando existe un peligro evidente para la vida del paciente, por lo que la actuación debe ser inmediata. Por lo tanto, la cirugía emergente es aquella que ha de realizarse con rapidez para salvar la vida del paciente.

- **Urgente**. El paciente requiere una atención quirúrgica que no puede demorarse más de 24/48 horas.

- **Electiva**. Este tipo de cirugía es la que se puede o no realizar, no tiene consecuencias graves para el paciente.

- **Programada.** La cirugía que se planifica con antelación.

FASES DE UNA INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

1. **PERIOPERATORIO**. Tiempo que transcurre desde que un paciente va a ser intervenido, se prepara la intervención, se realiza la misma y es dado de alta en el hospital.

2. **PREOPERATORIO**. La fase que antecede a la intervención. Comienza con la preparación del paciente, física y psicológicamente, y finaliza cuando éste es colocado en la mesa quirúrgica.

3. **TRANSOPERATORIO**. Sucede desde que el paciente es colocado en la mesa quirúrgica hasta que abandona el quirófano.

4. **POSTOPERATORIO.** Posterior a la intervención. Período que va desde que el paciente es trasladado a la sala de reanimación hasta que es dado de alta.

ÁREA QUIRÚRGICA

● Conjunto de dependencias donde están ubicados los quirófanos, vestuarios, pasillos, zona de lavado y esterilización.

● Zona de especial riesgo para la transmisión de una infección hospitalaria nosocomial- por lo que hay que extremar las medidas de higiene. ● Se puede dividir en dos zonas claramente diferenciadas, la zona aséptica y la zona séptica.

Atendiendo a las normas de **asepsia**, el quirófano se divide en áreas con diferente tipo de restricciones en lo referente a la circulación de personal, pacientes y material.

1. ZONA SIN LIMITACIONES O NEGRA ● Zona sin restricciones, zona sucia.

- Se permite el acceso con ropa de calle.
- Zona de acceso exterior-interior. ● Zona de intercambio, donde se encuentran los vestuarios del personal que trabaja en el área del quirófano.
- Zona de descanso de dicho personal.

2. ZONA SEMILIMITADA O GRIS

- Zona semi-restringida, zona limpia.
- El acceso del personal debe ser con uniforme adecuado.

- Uso obligatorio de gorro y calzas (estas deben ser la primera prenda que debe colocar el personal que accede a esta zona).
- En esta zona, a su vez, se encuentran ubicadas las zonas:

- De limpieza y desinfección del instrumental - De empaquetado para la esterilización - De descanso del personal - Los almacenes del quirófano **3. ZONA LIMITADA O BLANCA**

- Zona restringida, zona estéril. Limitada sólo a personal autorizado, para evitar el aumento de microorganismos ambientales.
- Es obligatorio el uso del uniforme adecuado para esta área: gorro, calzas y mascarilla quirúrgica.
- En ésta se encuentran ubicados:

- Los quirófanos
- Antequirófano
- Zonas de lavado de manos
- Almacén de material estéril
- Sala de recuperación

El paciente y el personal son las principales causas de infección operatoria
El personal que trabaja en un área quirúrgica se divide en:

- No está permitida la entrada al área quirúrgica al personal que no esté autorizado.
- El **personal** que trabaja en una zona quirúrgica debe ir uniformado adecuadamente, con las medidas de higiene establecidas y cambiarse el uniforme cada vez la abandone.
- El **uniforme** se compone de dos piezas -pantalón y casaca- debe ser de algodón, con tejido o malla fuerte para dificultar el paso de los gérmenes y amplio para facilitar el movimiento -ya se están utilizando cada vez más uniformes desechables-.
- Los **colores** del uniforme deben ser sólidos, relajantes y que absorban la luz, los más utilizados son el verde quirófano, azul verdoso y verde aceituna. ● El **calzado** debe ser cómodo, antideslizante, de fácil limpieza. Siempre debe cubrir talón y dedos, por lo que está desaconsejado el uso de zuecos.

El personal que acompaña al paciente a la sala de reanimación, una vez terminada la intervención, son: el anestesista, la enfermera circulante y el celador.

1. CALZAS

- Cubren todo el calzado.
- Debe ser la primera prenda que se coloque cuando entremos en la zona quirúrgica (semilimitada).
- Pueden ser de:

a) Tela, se pueden reutilizar b) Papel, son desechables **2. GORRO**

- Prenda que debe cubrir todo el cabello.
- Evitan que los microorganismos del cabello lleguen al paciente. ● Se debe poner antes de ponerse el pijama quirúrgico para evitar contaminarlo.
- Es una prenda también de uso obligatorio en la unidad de cuidados intensivos, con pacientes trasplantados, inmunodeprimidos, en aislamientos estrictos.
- Pueden ser de:

a) Tela, son reutilizables

b) Papel, plástico, son desechables

3. MASCARILLA

- Impiden que los microorganismos expulsados al hablar, toser o respirar lleguen al paciente.
- Debe cubrir la nariz, la boca y el mentón, si el personal tuviera barba, deberá cubrirla toda. ● Se cambiará por otra cada vez que se humedezca.
- Existen mascarillas que se anudan (en la parte superior de la cabeza y en la parte posterior del cuello), y otras que se ajustan mediante goma elástica.
- Una mascarilla para una sola intervención quirúrgica.
- Pueden ser de:

a) Tela, reutilizables b) Papel, desechables, las más utilizadas El uso de mascarilla es obligatorio: 1. En intervenciones quirúrgicas.

2. En todos los procedimientos en donde se manipulen sangre y fluidos corporales.

3. Cuando exista la posibilidad de salpicaduras, aerosoles o expulsión de líquidos contaminados con sangre.

4. Con pacientes con enfermedades contagiosas. Pacientes con aislamiento de contacto, estricto, protector y respiratorio.

4. BATA

- Recibe el nombre también de bata rusa.
- Evitan que los microorganismos de los brazos, torso o ropa lleguen al paciente.
- Han de ser resistentes a la penetración de líquidos y sangre.
- Protegen la piel y la ropa de salpicaduras de sangre y otros fluidos. ● Deben cubrir por completo el uniforme, al menos deben llegar por debajo de las rodillas.
- Los puños deben ser elásticos, ajustados a la muñeca.
- El cierre debe ser por detrás, esta parte se considera no estéril, aunque toda la bata está esterilizada.
- Una bata para un único paciente.
- Pueden ser de:

a) Tela de algodón, reutilizables, con abertura posterior y cintas para anudarse

b) Papel, desechables Colocación de la bata:

- Lavarse las manos.
- Desdoblarla, sin tocar el exterior con las manos y evitar que toque el suelo.
- Introducir los brazos en las mangas sin tocar el exterior.
- Atar las cintas, empezando por las del cuello.
- Quitarse la bata, evitando tocar el uniforme, realizándolo por la parte de fuera.

5. GAFAS PROTECTORAS

- Se utilizan para proteger la mucosa conjuntival.
- Se usarán cuando:

a) Exista riesgo de salpicaduras de sangre o de líquidos orgánicos.

b) Se utilizan técnicas que producen aerosoles.

c) Utilización de láser.

d) Al manipular nitrógeno líquido.

6. GUANTES

- Como norma general son de látex y desechables.
- Evitan la transmisión de microorganismos al paciente.
- Son la **principal barrera** contra microorganismos infecciosos. ● Se utilizarán siempre que las manos vayan a estar en contacto con sangre, tejidos, secreciones.
- La utilización de guantes por parte del personal sanitario y no sanitario evita la transmisión de microorganismo de un paciente a otro o de personal a paciente, acción que impide la infección nosocomial.
- Los guantes estériles se emplean cuando se manipule instrumental estéril. Vienen empaquetados por parejas e identificados el derecho y el izquierdo, con el extremo proximal dado la vuelta para proteger la parte externa estéril durante su colocación. ● Los guantes son la última prenda que se coloca después de la bata y será la primera prenda que se quite.
- El uso de guantes no excluye la necesidad de lavarse las manos, acción que se realizará siempre que se quiten.
- Los guantes estériles son de látex o de neopreno para todas aquellas personas que son alérgicas al látex.
- Los guantes no estériles son de látex, vinilo o nitrilo.

Orden que debe seguir a la hora de colocarse las prendas el personal estéril:

- 1º calzas; 2º gorro; 3º mascarilla; 4º bata; 5º guantes estériles

LAVADO DE MANOS

Cada vez que se quiten los guantes, después del contacto con pacientes o con un entorno contaminado... hay que lavarse las manos.

El lavado de manos es un procedimiento que consiste en frotarse las manos humedecidas y enjabonadas y posteriormente aclaradas con agua de los más importantes para evitar contaminación y la infección hospitalaria -infección nosocomial-. Los microorganismos pueden sobrevivir en las manos durante un periodo variable, de 2 a 60 minutos.

TIPOS DE LAVADO DE MANOS 1. Lavado higiénico o rutinario

● Con este tipo de lavado de manos se elimina la suciedad, la materia orgánica, los microorganismos que infectan la piel, para ello es necesario el uso de agua y jabón.

2. Lavado antiséptico

● Se consigue eliminar la suciedad, la materia orgánica, los microorganismos que infectan la piel y aquellos que no se eliminan fácilmente con el lavado higiénico, utilizando jabón líquido antiséptico o bactericida.

3. Lavado quirúrgico ● Se realiza antes de cualquier intervención quirúrgica por los miembros del equipo estéril.

- El procedimiento de lavado quirúrgico estéril dura aproximadamente 5 minutos.
- Lavado de manos y antebrazos con jabón antiséptico (solución jabonosa de clorhexidina al 4% o povidona yodada al 7,5%) y cepillado de las uñas. Secado de manos con toallas estériles.
- Orden de lavado:

1. Dedos
2. Espacios interdigitales
3. Palma y dorso de la mano
4. Muñecas
5. Antebrazo

● Las manos, una vez secas, se mantendrán por encima de los codos.

La prevención de las infecciones proporciona al paciente unas condiciones de seguridad que deben existir en todas las instituciones sanitarias.

Los pacientes pueden contraer infecciones asociadas a la atención sanitaria, sobre todo durante una intervención quirúrgica (Ej.: la infección de las vías urinarias causada por un catéter contaminado). Por ello debe existir una perfecta higiene de manos en los actos quirúrgicos.

Humanización de la asistencia hospitalaria

Introducción

En el fragor de la actividad hospitalaria, entre el sonido de los monitores, el trasiego de camillas y la urgencia de los protocolos, existe un espacio invisible, pero de vital importancia: “la conexión humana”. Siempre hemos tenido en cuenta que, el éxito de un hospital se medía exclusivamente por sus tasas de supervivencia y la tecnología de sus quirófanos. Sin embargo, hoy sabemos que la curación no es solo un proceso biológico, sino también emocional. Humanizar el entorno hospitalario es, reconocer que el paciente no es un órgano enfermo, sino una persona que atraviesa uno de los momentos más vulnerables de su vida.

Palabras clave

- Humanización
- Empatía
- Salud mental

- Cuidado integral
- Relación médico-paciente

Objetivos

- **Explorar las emociones del paciente:** Comprender cómo el miedo y la soledad afectan la recuperación física.
- **Proponer estrategias de cercanía:** Definir acciones concretas que transformen la experiencia hospitalaria desde la empatía.

Desarrollo

Cuando una persona ingresa en un hospital, a menudo siente que pierde su identidad. Se le asigna un pijama, una pulsera con un código y una cama en una habitación desconocida. La humanización busca devolverle esa identidad perdida, entendiendo que el entorno hospitalario debe ser un refugio de cuidados, no una estructura fría y distante.

- **El poder de la mirada y el nombre**

El primer paso de la humanización no requiere inversión tecnológica, sino voluntad por parte del personal sanitario y no sanitario. Llamar al paciente por su nombre, presentarse como profesional, mirar a los ojos del paciente al explicar un procedimiento, una pausa antes de hablar, una pregunta abierta que invita al paciente a expresar sus dudas o temores, son actos terapéuticos potentes. Estas herramientas están al alcance de cualquier profesional sanitario y no sanitario, y no tienen coste económico. Porque una buena charla es, literalmente, el mejor calmante natural, lo que favorece un sistema inmunológico más fuerte y una recuperación más rápida.

- **Romper la barrera del aislamiento**

Tradicionalmente, el hospital ha sido un lugar de muros rígidos. La humanización propone abrir esos muros. Esto incluye permitir que las familias formen parte

activa del cuidado, flexibilizar las visitas y, en el caso de la pediatría o la geriatría, fomentar el juego o la conversación no médica. Un niño que puede jugar en el hospital o un anciano que puede tomar la mano de su pareja mientras recibe tratamiento, no solo sufre menos, sino que colabora mejor con los procedimientos médicos.

- **Un entorno que abraza**

La arquitectura del hospital también juega su papel. Un pasillo frío, mal iluminado y sin referencias visuales genera estrés y desorientación.

En cambio, los centros que utilizan colores suaves, incorporan luz natural durante el día y reducen el impacto lumínico durante la noche y que respetan el ritmo circadiano buscando el silencio.

Así como los centros que disponen de espacios verdes, señalización clara y zonas de descanso para familias, demuestran que el bienestar del paciente ha sido pensado desde el diseño mismo del edificio.

Proyectos como los jardines terapéuticos, las unidades de hospitalización a domicilio o los programas de cuidados centrados en la familia en las UCI pediátricas son ejemplos de cómo la humanización se convierte en arquitectura y protocolo, no solo en buena voluntad.

El objetivo es que el hospital deje de parecer un lugar extraño para convertirse en un servicio del bienestar psicológico.

- **Los profesionales también necesitan ser humanizados**

Un aspecto que suele pasarse por alto es que la humanización no puede sostenerse si los propios profesionales sanitarios y no sanitarios están agotados, desbordados o emocionalmente desatendidos. El burnout en el personal de salud no solo afecta su bienestar: deteriora directamente la calidad de la atención.

Humanizar el entorno hospitalario también significa cuidar a quienes cuidan, dotarles de herramientas para gestionar el impacto emocional de su trabajo y crear culturas institucionales donde el respeto y la colaboración sean valores reales, no declaraciones de intenciones.

Conclusión

Humanizar no es un acto de cortesía, es una obligación asistencial. Significa combinar la máxima competencia técnica con la mayor calidez humana. Al centrar el sistema sanitario en la persona, tanto en la que sufre como en la que cuida, no solo logramos mejores resultados clínicos, sino que construimos una sociedad más compasiva. La medicina cura, pero el trato humano sana.

Bibliografía / Webgrafía

- **Fundación Humanizando la Sanidad:** Manifiesto por la humanización. https://humanizandolasanidad.com/
- **Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid:** Escuela de Humanización. https://www.comunidad.madrid/servicios/salud/escuela-humanizacion-asistenciasanitaria
- **Revista de la Fundación Educación Médica:** El rol de la empatía en la formación sanitaria. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_serial&pid=1575-1813
- **Organización Panamericana de la Salud (OPS):** Calidad de la atención y seguridad del paciente. https://www.paho.org/es/temas/calidad-atencion

El arte de trabajar en equipo

Introducción

En los pasillos de un hospital, la vida late a un ritmo frenético. Sin embargo, tras la tecnología de vanguardia y los diagnósticos complejos, existe un engranaje silencioso que sostiene cada acto sanitario y no sanitario: el factor humano. A menudo se piensa que la medicina es una disciplina de solistas, pero la realidad hospitalaria se asemeja más a un reloj suizo. Si una sola de sus piezas, por pequeña que sea, deja de girar en armonía, el mecanismo entero se resiente. El éxito de la recuperación de un paciente no depende solo de una mano experta en el quirófano, sino de un engranaje invisible donde cada profesional es vital.

Palabras clave:

- Cooperación hospitalaria
- Cohesión grupal
- Gestión del error
- Cultura organizativa
- Atención integral.

Objetivos

- **Valorar la interdependencia profesional:** demostrar cómo las funciones no clínicas son pilares fundamentales para el éxito terapéutico.
- **Promover la empatía interna:** fomentar un clima de respeto y entendimiento entre los distintos estamentos del hospital para mejorar la eficiencia y el bienestar laboral.

Desarrollo

Más allá de la jerarquía: un propósito común

Históricamente, los hospitales se han estructurado de forma piramidal. Sin embargo, el modelo actual de salud exige una estructura más circular donde el paciente está en el centro y, a su alrededor, orbita tanto el personal sanitario como el personal no sanitario.

Un hospital es un entorno complejo donde el trabajo en equipo es una necesidad de supervivencia. Así, con la limpieza se asegura la desinfección, siendo este acto una práctica de medicina preventiva de primer nivel. Cuando el personal no sanitario realiza su gestión con agilidad, reduce el estrés del paciente y mejora su pronóstico. Esta "cadena de valor" demuestra que no existen tareas menores, sino responsabilidades compartidas. La humildad profesional es, por tanto, el aceite que permite que este engranaje no chirríe bajo la presión del día a día.

El silencio que salva vidas: la comunicación asertiva

Con las prisas de una urgencia o en la rutina de una planta de hospitalización, el lenguaje se convierte en una herramienta muy importante. El trabajo en equipo eficaz requiere una comunicación que sea clara, directa y, sobre todo, bidireccional.

El concepto de "seguridad psicológica" es clave aquí: se trata de crear un entorno donde cualquier miembro del equipo, independientemente de su cargo, se sienta seguro para levantar la mano y señalar un posible error o proponer una mejora. Un profesional no sanitario que advierte una alergia no registrada o una falta de suministros anticipa la falta de un material crítico, siendo ejemplos de cómo la vigilancia colectiva actúa como un escudo protector. El error humano es inevitable, pero un equipo sólido es capaz de detectarlo y corregirlo antes de que llegue al paciente.

La humanidad como nexo de unión

Trabajar en un hospital implica enfrentarse diariamente al dolor, la incertidumbre y, a veces, la pérdida. En este contexto, el equipo es también un refugio emocional. El apoyo entre compañeros, un gesto de ánimo, compartir un café tras una guardia difícil o simplemente reconocer el trabajo bien hecho del otro es lo que evita el agotamiento profesional.

La humanización no es solo un trato amable hacia el paciente; empieza por la amabilidad entre nosotros mismos. Un equipo que se cuida es un equipo que cura mejor. Cuando el personal sanitario y no sanitario se reconocen como iguales en su misión de servicio, el hospital deja de ser un edificio frío de cristal y acero para convertirse en una comunidad de cuidados.

Conclusión

El engranaje invisible del hospital es la suma de voluntades que deciden colaborar por un bien mayor. La excelencia sanitaria no se alcanza de forma individual, sino a través de la sinergia de conocimientos y la generosidad en el esfuerzo. Al entender que cada rol es una pieza insustituible del puzle asistencial, fortalecemos el sistema de salud y devolvemos al hospital su esencia más profunda: ser un lugar hecho por personas para cuidar de personas.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia de Seguridad del Paciente.

https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/seguridadPaciente/home.htm

2. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. La importancia de los equipos multidisciplinares. https://www.aemps.gob.es/publicaciones/publica/boletin_infac/home.htm

3. Organización Panamericana de la Salud. Trabajo en equipo y comunicación en salud.

https://www.paho.org/es/temas/seguridad-paciente

4. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Claves del trabajo en equipo en instituciones de salud. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-administracionsanitaria-siglo-xxi-261

Promoción de la salud en el lugar de trabajo: Cuidar de quienes cuidan

Introducción

Un hospital o un centro de salud es un organismo vivo que nunca duerme. Habitualmente, nuestra mirada se dirige hacia la tecnología médica o el acto de la curación, pero rara vez nos detenemos a pensar en la salud de quienes hacen posible ese milagro diario. Promover la salud en el entorno laboral sanitario no es solo una estrategia de prevención de riesgos; es un acto de coherencia y humanidad. Si el objetivo de estas instituciones es sanar, el bienestar de sus trabajadores debe ser el corazón del sistema.

Palabras clave

- Bienestar laboral
- Entorno saludable
- Salud mental
- Prevención proactiva
- Autocuidado

Objetivos

1. **Integrar el bienestar integral:** sensibilizar sobre la necesidad de equilibrar la salud física y emocional en el entorno asistencial.

2. **Fomentar la cohesión multidisciplinar:** reconocer que la salud en el trabajo es un derecho y un deber que une a todo el personal sanitario y al personal no sanitario.

Desarrollo

1. Un compromiso compartido

Tradicionalmente, la salud laboral se ha centrado en evitar el accidente inmediato. Sin embargo, hoy entendemos que un entorno realmente saludable es aquel que protege activamente la integridad física y mental de sus integrantes. En los centros sanitarios, la presión es constante. Mientras el personal sanitario gestiona la complejidad clínica y el contacto directo con la patología, el personal no sanitario garantiza que la higiene, el orden, el transporte y la logística funcionen con la precisión de un reloj. Sin unos, los otros no pueden existir; y si uno de ellos enferma, el sistema se resiente.

2. Ergonomía y cuidado del cuerpo

El desgaste físico es una de las mayores amenazas. El personal sanitario se enfrenta a largas jornadas de pie y movilización de pacientes. Por su parte, el personal no sanitario asume cargas físicas extenuantes en áreas como la lavandería, el mantenimiento o la limpieza técnica. La promoción de la salud debe enfocarse en la "escucha corporal". Implementar micropausas para el estiramiento y asegurar que las herramientas de trabajo se adapten a la fisiología de la persona, y no al revés, reduce drásticamente las lesiones crónicas y mejora la energía vital al final del turno.

3. El factor humano y emocional

Trabajar en sanidad implica convivir con la vulnerabilidad ajena. Este peso emocional no distingue entre categorías profesionales. El estrés por la carga de trabajo o la fatiga por compasión afectan tanto a quien prescribe un tratamiento como al personal no sanitario que, con su labor diaria, también acompaña y observa el sufrimiento de las familias. Un entorno saludable es aquel donde existe el reconocimiento mutuo. Fomentar una cultura donde el respeto y la validación del esfuerzo del compañero sean la norma ayuda a mitigar el síndrome de burnout y crea una red de seguridad emocional imprescindible.

4. Alimentación y desconexión

A menudo, la urgencia del servicio nos empuja a comer rápido o a no descansar adecuadamente. La promoción de la salud laboral exige que las instituciones faciliten espacios de descanso. No se trata solo de tener unas sillas, sino de disponer de un lugar donde el personal sanitario y el personal no sanitario puedan desconectar del ambiente hospitalario, hidratarse y alimentarse de forma correcta. Un cuerpo bien nutrido y descansado es la mejor herramienta para mantener un trato humano con el paciente y para tomar las mejores decisiones.

Conclusión

La promoción de la salud en el lugar de trabajo es un pilar fundamental sobre el que se asienta una sanidad de excelencia. Cuando cuidamos el bienestar de cada profesional, estamos protegiendo el recurso más valioso del sistema: su capital humano. No hay distinción cuando se trata de salud, siendo tan crucial el bienestar del personal sanitario como el del personal no sanitario. Solo a través de un enfoque empático y preventivo conseguiremos que nuestros centros de salud sean lugares donde la vida se cuida en todas sus dimensiones.

Bibliografía / Webgrafía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST): Promoción de la Salud en el Trabajo. https://www.insst.es/materias/riesgos/psicosociales/promocion-de-la-salud-en-eltrabajo

2. Ministerio de Sanidad: Guía de buenas prácticas para entornos laborales saludables. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/trab ajo/home.htm

3. Organización Mundial de la Salud (OMS): Directrices sobre salud mental en el trabajo. https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240058286

4. Escuela Andaluza de Salud Pública: Humanización y bienestar en las organizaciones sanitarias. https://www.easp.es/web/blogaspirante/saludbienestar-profesional/

El Secreto Profesional y la Confidencialidad: una responsabilidad compartida en el entorno hospitalario

Introducción

En los centros hospitalarios y de salud, no solo residen los fármacos o la tecnología de vanguardia, sino también un elemento muy valioso y mucho más frágil: “la confianza”.

Cuando una persona entra en un hospital o centro de salud, entrega su intimidad con la confianza de que será cuidada. Esta entrega genera una responsabilidad ética y legal que recae sobre todos los profesionales tanto sanitarios como no sanitarios, que trabajan en el centro. Porque proteger los datos de un paciente es, en esencia, proteger su dignidad.

Palabras clave

- Confidencialidad
- Secreto profesional
- Protección de datos
- Ética sanitaria
- Privacidad del paciente
- Confianza

Objetivos

1. **Sensibilizar** a todo el personal sanitario y no sanitario del entorno hospitalario sobre la importancia ética del secreto profesional.
2. **Clarificar** la responsabilidad compartida en la protección de datos personales y sanitarios.
3. **Fomentar** buenas prácticas cotidianas para evitar fugas de información innecesarias.

Desarrollo

La confianza como base de la sanidad

El secreto profesional no es un privilegio del trabajador, sino un derecho fundamental del paciente. Históricamente asociado a la figura del médico, hoy entendemos que en un hospital moderno la información fluye por muchas manos, tanto del personal sanitario como del personal no sanitario. Si el paciente sospechara que su situación personal pudiera ser comentada en la cafetería o consultada por curiosidad, dejaría de ser integra la relación del paciente con el profesional, comprometiendo su propio diagnóstico y tratamiento.

Más allá de los Códigos: La Protección de Datos

En el marco legal actual, la protección de datos no es una mera gestión burocrática. La información relativa a la salud se considera "categoría especial" de datos, debido a su extrema sensibilidad. Esto significa que cualquier acceso debe estar estrictamente justificado por la labor profesional que se desempeña.

Un error común es pensar que la confidencialidad solo se rompe mediante grandes filtraciones informáticas. En realidad, las vulnerabilidades más frecuentes ocurren en los detalles cotidianos:

- Dejar una sesión de ordenador abierta al levantarse del puesto.
- Comentar un caso clínico en el ascensor o en pasillos transitados.
- Imprimir documentos con datos identificativos y no recogerlos de inmediato.
- Facilitar información por teléfono a familiares sin verificar la identidad o el consentimiento del paciente.

El factor humano en la privacidad

El entorno hospitalario suele ser frenético, pero la prisa no justifica el descuido. Debemos recordar que detrás de cada número de historia clínica hay una biografía, un miedo y una familia. La protección de datos tiene un "rostro humano". No se trata solo de cumplir con el Reglamento General de Protección de Datos (RGPD), sino de tratar la información de las personas con el mismo respeto con el que nos gustaría que nos trataran o la de nuestros seres queridos.

Incluso el personal que no tiene un contacto directo con el paciente es custodio de su intimidad. El conocimiento de que una figura pública ha ingresado o que un vecino padece cierta enfermedad debe permanecer bajo llave en nuestra conciencia profesional. El cotilleo en el entorno sanitario no es solo una falta de educación; es una brecha de seguridad y una traición al código de conducta hospitalario.

Conclusión

La confidencialidad es el pegamento que mantiene unida la relación entre la sociedad y el sistema sanitario. Sin la garantía de que lo que sucede dentro del hospital se quede allí, el sistema colapsaría. Proteger la privacidad es una tarea multidisciplinar que exige atención constante. Al cerrar una pantalla, al bajar la voz en un pasillo o al destruir un documento sensible, estamos ejerciendo un acto de cuidado tan vital como cualquier tratamiento médico. El silencio es, en muchos sentidos, una herramienta de curación.

Bibliografía / Webgrafía

1. **Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).** Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. https://www.aepd.es/es/documento/guia-pacientes-usuarios-sanidad.pdf

2. **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.** Derechos del paciente y normativa de autonomía. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/derechos_paciente.htm

3. **Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España.** Código de Deontología Médica (Capítulo V: Secreto Profesional).

https://www.cgcom.es/sites/main/files/folletos/codigo_deontologia_medica.pdf

4. **Boletín Oficial del Estado (BOE).** Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673

5. **Revista de Bioética y Derecho.** La confidencialidad en el ámbito sanitario. https://revistes.ub.edu/index.php/RBD/index

Gestión de conflictos y atención al usuario difícil

Introducción

La entrada a un hospital suele ser un momento de vulnerabilidad extrema. Para un paciente o un familiar, el centro sanitario no es solo un edificio de servicios, sino un escenario donde se gestionan la incertidumbre, el miedo y, a menudo, el dolor. En este ecosistema de alta carga emocional, la tensión es un componente casi inevitable. Aunque la formación técnica es prioritaria, la capacidad de gestionar situaciones de crisis interpersonal es lo que realmente define la calidad de la asistencia.

Este artículo se centra en dotar de herramientas tanto al personal sanitario como al **personal no sanitario**, quienes forman la primera línea de contacto y el soporte vital del entorno hospitalario, para transformar el conflicto en una oportunidad de ayuda.

Palabras clave

- Gestión de conflictos
- Atención al usuario,
- Comunicación asertiva
- Humanización sanitaria
- Inteligencia emocional

Objetivos

1. **Comprender la raíz del conflicto**: Analizar por qué el usuario adopta actitudes difíciles en el contexto hospitalario.
2. **Dotar de herramientas prácticas**: Ofrecer técnicas de desescalada verbal y no verbal aplicables por cualquier trabajador del centro.

Desarrollo

El usuario difícil: una perspectiva humana

Lo primero que debemos entender como profesionales es que el "usuario difícil" rara vez es una persona difícil por naturaleza; es, generalmente, una persona atravesando una situación complicada. El miedo a un diagnóstico, una larga espera o la sensación de pérdida de control sobre su propia salud disparan mecanismos de defensa que se manifiestan como exigencia, irritabilidad o incluso agresividad.

Para el **personal no sanitario**, que a menudo realiza tareas fundamentales en pasillos, habitaciones o mostradores, es vital no interpretar la hostilidad como un ataque personal. El conflicto es un síntoma de un malestar emocional profundo. Al cambiar nuestra percepción del "ataque" hacia la "necesidad de ayuda", nuestra respuesta cambia automáticamente de la defensiva a la asistencial.

Técnicas de desescalada y comunicación

La gestión de un conflicto requiere de una coreografía precisa entre lo que decimos y lo que hacemos. Aquí destacan tres herramientas fundamentales:

- **La Escucha Activa y el Silencio Funcional** Cuando un usuario está exaltado, lo primero que busca es ser escuchado. Interrumpir para dar explicaciones técnicas suele avivar el fuego. Permitir que la persona se desahogue (siempre que no se cruce la línea del insulto o la falta de respeto) reduce la presión emocional. Un silencio atento comunica que el problema del usuario nos importa.

- **La Validación de la Emoción** Validar no es dar la razón, es reconocer el sentimiento. Frases como *"Entiendo perfectamente que esta situación sea estresante para usted"* o *"Lamento que se sienta así de frustrado"* actúan como un bálsamo. Una vez que el usuario se siente comprendido, su cerebro abandona el modo "lucha o huida" y se vuelve más receptivo a las soluciones.

- **El Lenguaje No Verbal: La calma contagiosa** El cuerpo comunica antes que la palabra. Mantener una distancia física respetuosa, evitar cruzar los brazos y utilizar un tono de voz bajo y pausado invita al interlocutor a bajar su propio volumen. La serenidad es tan contagiosa como la ira; si nos mantenemos anclados en la calma, es muy probable que el usuario acabe imitándonos.

La asertividad como límite

Humanizar la atención no significa permitir el maltrato. El personal sanitario y **no sanitario** debe ejercer la asertividad: la capacidad de expresar sus derechos y límites de forma clara, pero sin agresividad. Se puede decir: *"Deseo ayudarle, pero para poder entender su problema necesito que hablemos con tranquilidad"*. Esto establece un marco de respeto mutuo necesario para la resolución del problema.

Conclusión

La gestión de conflictos en el hospital es un pilar de la salud pública. Cuando el personal desde el equipo médico hasta el **personal no sanitario** maneja con éxito una situación de tensión, no solo mejora el bienestar del usuario, sino que protege su propia salud mental, evitando el desgaste profesional. Un entorno donde el conflicto se gestiona con humanidad es un entorno que cura más allá de los fármacos. La verdadera excelencia hospitalaria reside en la capacidad de mirar a los ojos a quien sufre y decirle, con gestos y palabras, que no está solo en su angustia.

Bibliografía

1. **Ministerio de Sanidad (España)**: Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. https://www.sanidad.gob.es
2. **Servicio Madrileño de Salud (SERMAS)**: Manual de prevención y actuación ante situaciones conflictivas. https://www.comunidad.madrid/servicios/salud
3. **Escuela Andaluza de Salud Pública**: Comunicación y atención al usuario en centros sanitarios. https://www.easp.es
4. **Organización Panamericana de la Salud (OPS)**: Comunicación de crisis y habilidades interpersonales en salud. https://www.paho.org

Posturales y Carga Biomecánica en Entornos de Oficina

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

El trabajo administrativo moderno implica **exposición prolongada a sedestación estática**, uso intensivo de dispositivos de entrada (teclado/ratón) y lectura en pantallas emisivas. Estas condiciones generan **carga musculoesquelética de bajo nivel, pero sostenida**, reconocida como un factor etiológico predominante en los **trastornos musculoesqueléticos relacionados con el trabajo (WMSD)**. La fisiopatología se explica por **estrés biomecánico**

acumulativo, isquemia tisular, fatiga ligamentosa y alteraciones del control motor.

La sedestación altera la cinemática espinal con:

- **Aumento de presión intradiscal L4-L5 y L5-S1** (10–40% mayor vs. bipedestación).
- **Pérdida de lordosis lumbar fisiológica**, por retroversión pélvica.
- **Desplazamiento del centro de masa (COM) anterior**, aumentando el momento flexor lumbar.

La inactividad del glúteo mayor reduce el soporte pélvico posterior, incrementando la tensión sobre los ligamentos supraespinoso e interespinoso.

El **Forward Head Posture (FHP)** incrementa el momento en el plano sagital:

M=Wcabeza×dM = W_{\text{cabeza}} \times dM=Wcabeza×d

donde **d** es la distancia horizontal entre el eje occipito-atlas y la línea de gravedad. Con un aumento típico de 4–6 cm en trabajadores de oficina, la carga sobre musculatura cervical profunda puede elevarse hasta **3–5 veces**. Esto induce:

- Fatiga del longus colli y longus capitis
- Hiperactividad del trapecio superior, elevador de la escápula
- Aumento de fuerzas compresivas en facetas cervicales

El uso prolongado del ratón provoca:

- Abducción glenohumeral sostenida (10–30°)
- Rotación interna del hombro
- Elevación secundaria del hombro al no tener apoyo de antebrazo

Esto altera la cinemática del ritmo escapulohumeral e incrementa la activación del trapecio superior y serrato anterior, predisponiendo a:

- Tendinopatías del supraespinoso
- Síndrome subacromial
- Dolor miofascial en región superior dorsal

Contracciones isométricas >5% de la fuerza máxima voluntaria (MVC) pueden provocar **reducción del flujo sanguíneo intramuscular**, incluso sin dolor relevante. En tareas de oficina:

- Trapecio superior opera típicamente al 2–10% MVC

- Extensores cervicales al 5–15% MVC
- Extensores lumbares al 5–20% MVC

Las contracciones continuas generan **hipoxia local, acumulación de lactato** y liberación de mediadores nociceptivos (sustancia P, prostaglandinas).

- Síndrome de dolor miofascial cervicoescapular
- Cefalea cervicogénica
- Radiculopatía cervical (en casos de hiperflexión mantenida)
- Disfunción de movilidad segmentaria C4–C7
- Fatiga paravertebral torácica
- Disquinesia escapular
- Dolor interescapular por activación excesiva del trapecio superior
- Lumbalgia mecánica inespecífica
- Rigidez del cuadrado lumbar
- Disfunción sacroilíaca por asimetría de carga
- Inhibición glútea (gluteal amnesia)
- Tendinopatía de extensores de muñeca (ECRB), típica en trabajo con ratón
- Síndrome del túnel carpiano por compresión mantenida
- Epicondilopatías por movimientos repetitivos de digitación

Con todas estos factores desencadenantes se han de seguir unos objetivos que si no eliminan el problema al menos se pueda minimizar sus consecuencias que a largo plazo pueden restar mucha calidad de vida al trabajador.



MÉTODO

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre el marco normativo existente en España.

RESULTADOS

- Distancias >20 cm desde el borde del escritorio inducen abducción del hombro
- Altura incorrecta del teclado provoca extensión de muñeca >25°, asociada a mayor presión en el túnel carpiano

La ausencia de lordosis lumbar fisiológica reduce la presión intradiscal anterior y aumenta la posterior. Un soporte lumbar debe situarse a **5–8 cm por encima de la unión lumbosacra**.

Evaluación mediante:

- Análisis fotogramétrico
- Goniometría tridimensional

- Software de marcadores anatómicos (Kinovea, Dartfish)

Aplicación de modelos de carga como:

- **OWAS (Ovako Working Posture Analysis System)**
- **RULA** adaptado a tareas de oficina
- **REBA** (Rapid Entire Body Assessment)
- Modelos EMG de activación muscular relativa

EMG de superficie permite cuantificar la fatiga muscular (por ejemplo, mediante:

Desplazamiento del espectro EMG hacia frecuencias bajas\text{Desplazamiento del espectro EMG hacia frecuencias bajas}Desplazamiento del espectro EMG hacia frecuencias bajas

indicativo de fatiga local).

- Monitores con línea de visión a 0–20° por debajo del eje visual
- Teclado con inclinación 0–5° para minimizar extensión de muñeca
- Ratón ergonómico para reducir pronación prolongada del antebrazo
- Entrenamiento de control motor cervical (activación del longus colli)
- Fortalecimiento de trapecio medio e inferior para estabilización escapular
- Ejercicios para restaurar lordosis lumbar dinámica (método McKenzie)
- Pausas microergonómicas: 20–30 segundos cada 10 minutos
- Alternancia sedestación-bipedestación mediante escritorios regulables
- Rotación de tareas digitales vs. no digitales para reducir carga repetitiva
- Sillas con sensor de presión para feedback postural
- Sistemas de eye-tracking para análisis de movimientos repetitivos de cabeza
- Software que detecta patrones de sedestación prolongada

CONCLUSIÓN

Los trastornos posturales en oficinas son consecuencia directa del **mantenimiento prolongado de posturas estáticas**, la **alteración del control neuromuscular**, la **fatiga ligamentosa** y la **carga biomecánica acumulativa**. Aunque la intensidad de las cargas es baja, su **duración extendida** convierte al

trabajo de oficina en un entorno de riesgo significativo. La prevención eficaz requiere un enfoque **multidisciplinario**, integrando ergonomía avanzada, educación postural, entrenamiento neuromuscular y rediseño del puesto de trabajo basado en parámetros biomecánicos cuantificables

REFERENCIAS

https://www.insst.es/materias/riesgos/riesgos-ergonomicos/posturas-de-trabajo

https://www.ergonautas.upv.es/metodos-evaluacion-ergonomica.html

https://www.ergoibv.com/es/posts/mejorar-ergonomia-postural-empleados/

La implantación de la administración electrónica y la gestión documental digital en el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

Introducción/Objetivos

La modernización de las Administraciones Públicas ha transformado radicalmente la forma en que los ciudadanos se relacionan con los servicios sanitarios. En el SESPA, la transición del expediente tradicional en papel al entorno digital es ya una realidad consolidada.

En esta nueva situación, el personal de **Auxiliar Administrativo** desempeña un papel clave como operador tecnológico de los sistemas corporativos, encargándose de la tramitación electrónica de expedientes, el registro telemático y la custodia de documentos con plena validez jurídica.

En este contexto se pueden establecer los siguientes objetivos:

- Analizar el impacto de la Ley 39/2015 y la Ley 40/2015 en la digitalización de los procedimientos administrativos del SESPA.
- Identificar las principales herramientas informáticas de gestión documental y registro electrónico utilizadas por el personal auxiliar.
- Evaluar las buenas prácticas en ciberseguridad, gestión de firmas electrónicas y archivo digital en el puesto de trabajo administrativo.



Método

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre el marcho normativo existente en España.

Las tareas cotidianas del auxiliar administrativo en una oficina o servicio de admisión del SESPA requieren el manejo fluido de aplicaciones informáticas específicas:

- **Gestión de Registros Telemáticos:** Recepción, digitalización, estampillado temporal y distribución electrónica de escritos, solicitudes y recursos presentados por los ciudadanos o por otras administraciones.
- **Tramitación en el Expediente Electrónico:** Incorporación ordenada de documentos, informes y resoluciones a los expedientes digitales, velando por la integridad y el cumplimiento de los metadatos obligatorios.
- **Uso de sistemas de identificación y firma:** Aplicación de certificados digitales corporativos, tarjetas criptográficas o sistemas de firma admitidos para dar validez formal a las comunicaciones y trámites administrativos.

Resultados

La digitalización conlleva riesgos inherentes que el personal administrativo debe prevenir mediante protocolos estrictos de seguridad de la información:

- **Gestión de credenciales:** No compartir nunca contraseñas de acceso a los sistemas corporativos del SESPA y realizar el bloqueo sistemático de la pantalla (Windows + L) al ausentarse del puesto.
- **Control de accesos y perfiles:** Acceder únicamente a los expedientes y datos que correspondan estrictamente al ámbito de las funciones asignadas, evitando consultas indebidas.
- **Prevención de software malicioso:** Evitar la conexión de dispositivos de almacenamiento externo (USB) no autorizados a los equipos de la red corporativa y extremar la precaución ante correos electrónicos sospechosos (phishing).

Conclusiones

La administración electrónica en el SESPA no representa únicamente un cambio de soporte físico a digital, sino una evolución hacia un modelo más transparente, eficiente y accesible. El personal auxiliar administrativo constituye el motor operativo de esta transformación tecnológica, siendo imprescindible su formación continua en herramientas ofimáticas y ciberseguridad para garantizar la eficacia y la seguridad jurídica del sistema sanitario público.

Referencias

- Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.
- Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

- Guías corporativas de sistemas de información y seguridad digital del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)

La prevención de riesgos laborales y la ergonomía en el puesto de trabajo del personal auxiliar administrativo en el SESPA

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

El desempeño de las funciones propias del personal **Auxiliar Administrativo** en los centros de atención primaria, hospitales y gerencias del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) se desarrolla, de forma mayoritaria, en entornos de oficina y mostradores de atención al público. Aunque el riesgo biológico o físico suele asociarse prioritariamente al personal sanitario asistencial, el personal administrativo está expuesto a riesgos específicos derivados del trabajo prolongado ante pantallas de visualización de datos (PVD), la manipulación manual de cargas documentales y las exigencias de la atención directa a los ciudadanos.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales obliga a la administración sanitaria a garantizar una protección eficaz de la seguridad y salud de sus trabajadores, siendo fundamental que el propio empleado conozca y aplique los principios ergonómicos y preventivos.

- Analizar el marco normativo de la prevención de riesgos laborales en el ámbito de la administración pública sanitaria.
- Identificar los principales riesgos profesionales asociados al puesto de auxiliar administrativo (ergonómicos, psicosociales y de seguridad).
- Establecer medidas correctoras y buenas prácticas preventivas para evitar lesiones musculoesqueléticas y fatiga mental o visual.



MÉTODO

Para la realización del presente trabajo he llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre el marco normativo existente en España

RESULTADOS

Para minimizar la incidencia de estos riesgos, el auxiliar administrativo debe integrar en su rutina diaria una serie de pautas ergonómicas y organizativas:

- **Ajuste del puesto de trabajo:** Regular la altura de la silla de forma que los pies apoyen completamente en el suelo y las rodillas formen un ángulo de 90 grados. Situar el borde superior de la pantalla de la computadora a la altura de los ojos o ligeramente por debajo.
- **Pautas de descanso visual y corporal:** Aplicar la regla de alternancia, realizando pausas breves o cambios de tarea cada hora de trabajo continuado ante pantallas para relajar la vista y estirar la musculatura cervical y lumbar.
- **Higiene postural en la manipulación de cargas:** Doblar las rodillas y mantener la espalda recta al levantar archivadores o cajas pesadas, solicitando ayuda o utilizando medios auxiliares (carritos de transporte) cuando el volumen lo requiera.
- **Gestión del estrés laboral:** Utilizar técnicas de comunicación asertiva en la atención a usuarios conflictivos en los mostradores y colaborar con los servicios de prevención del SESPA en las evaluaciones psicosociales.

6. Conclusiones

La prevención de riesgos laborales no es un mero trámite burocrático, sino una herramienta indispensable para garantizar la salud integral del personal auxiliar administrativo del SESPA. La adopción de hábitos ergonómicos correctos, el diseño adecuado del puesto de oficina y la colaboración activa con los delegados de prevención permiten reducir la absentismo laboral, mejorar el bienestar del trabajador y optimizar la calidad del servicio público prestado a los ciudadanos asturianos.

7. Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 488/1997, de 31 de enero, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas al trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
- Planes de Prevención de Riesgos Laborales y evaluaciones específicas de puestos de trabajo del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- https://administracion.gob.es/tu-espacio-europeo/derechos-obligaciones/ciudadanos/trabajo-jubilacion/seguridad-salud/prevencion-riesgos

AGOTAMIENTO VISUAL Y PANTALLAS

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

En la última década, el uso de dispositivos digitales como teléfonos móviles, ordenadores, tabletas y televisores, se ha integrado profundamente en la vida cotidiana. Aunque estas tecnologías han ampliado nuestras capacidades de comunicación y productividad, también han incrementado la frecuencia con la que las personas experimentan agotamiento visual. Este fenómeno, conocido como **fatiga visual digital**, es un conjunto de síntomas oculares y musculares

asociados al uso prolongado de pantallas y que de forma acumulativa van mermando nuestra capacidad visual a largo plaza sin apenas darnos cuenta.

El agotamiento visual es la sensación de cansancio, irritación o molestia en los ojos tras realizar tareas que requieren un esfuerzo de enfoque continuo. Tradicionalmente se asociaba a la lectura prolongada, al trabajo con documentos impresos o a la iluminación deficiente. Sin embargo, la llegada de las pantallas digitales ha intensificado el problema debido a factores como:

- La necesidad de enfocar a distancias cortas durante largos periodos.
- Los destellos y cambios de brillo en los dispositivos.
- El parpadeo reducido durante la lectura digital.
- La exposición constante a múltiples fuentes de luz azul.



MÉTODO

Para la elaboración del siguiente trabajo, se ha llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre el marco normativo existente en España.

RESULTADOS

Cuando leemos en pantallas, la tasa natural de parpadeo disminuye hasta un 50%. Esto provoca sequedad ocular, irritación y sensación arenosa.

Las pantallas emiten luz propia. Cuando esta se combina con reflejos del ambiente, el ojo debe hacer un esfuerzo extra para mantener la claridad visual.

Muchos usuarios sostienen el móvil demasiado cerca o adoptan posturas forzadas que tensan los músculos del cuello y los ojos.

Aunque no está completamente demostrado que la luz azul dañe el ojo, sí se sabe que puede contribuir a la fatiga visual y afectar los ritmos circadianos, dificultando el sueño.

Alternar rápidamente entre aplicaciones, pestañas y estímulos visuales obliga al sistema visual a reenfocar repetidamente.

Síntomas que aparecen con más frecuencia:

- Ojos cansados o pesados
- Sequedad o lagrimeo excesivo
- Visión borrosa o dificultad para enfocar
- Dolores de cabeza
- Sensación de ardor o picor
- Sensibilidad a la luz
- Dolor en cuello y hombros (relación con postura)

Estos síntomas suelen aparecer después de una o dos horas de uso continuo, aunque varían según la persona.

A corto plazo, el agotamiento visual reduce la concentración, la productividad y el confort. Si no se corrige, puede generar hábitos visuales deficientes, postura inadecuada crónica y alteraciones del sueño. No causa daños permanentes en el ojo, pero sí afecta significativamente el bienestar diario.

Cada 20 minutos, mirar algo a 20 pies (6 metros) durante 20 segundos. Esto relaja los músculos encargados del enfoque.

Ajustes que se deben realizar en la pantalla:

- Reducir el brillo para que coincida con el entorno.
- Aumentar ligeramente el tamaño de letra.
- Activar el modo lectura o modo nocturno por la noche.
- Mantener la pantalla a una distancia de 40 a 70 cm.

Pasos para una buena ergonomía visual:

- Colocar el monitor 10–20 cm por debajo del nivel de los ojos.

- Evitar reflejos mediante cortinas, iluminación correcta y pantallas mate.

Métodos para minimizar las molestias:

- Usar lágrimas artificiales si es necesario.
- Recordar parpadear voluntariamente en tareas intensivas.
- Integrar pausas regulares mejora tanto la salud visual como la mental.

Una iluminación deficiente tanto excesiva como insuficiente fuerza al ojo a adaptarse continuamente. La luz ideal debe ser suave, uniforme y provenir del lado contrario al de la mano dominante para evitar sombras.

La industria ha desarrollado herramientas como filtros de luz azul, pantallas con menor reflectividad, lentes con recubrimientos especiales y software que regula el brillo automáticamente. Aunque su eficacia varía, pueden complementar las prácticas de higiene visual.

CONCLUSIÓN

El agotamiento visual es una consecuencia directa del estilo de vida digital actual. Si bien no puede eliminarse por completo, entender sus causas y adoptar hábitos saludables permite reducir significativamente sus efectos. En un mundo en el que las pantallas son herramientas indispensables, aprender a utilizarlas de manera consciente y equilibrada es esencial para proteger la salud visual a largo plazo.

Es importante mantener en la medida que sea posible estas pautas para prevenir en un futuro más daños oculares y el malestar visual a diario que merman nuestra capacidad de trabajo.

REFERENCIAS

https://www.martinezdecarneros.com/fatiga-visual/

https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/eyestrain/symptoms-causes/syc-20372397

LA GESTIÓN ADMINISTRATIVA DE LOS CONTRATOS MENORES Y LA TRAMITACIÓN DE SUMINISTROS EN EL ÁMBITO DE LAS GERENCIAS DEL SESPA

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

El funcionamiento diario de los centros sanitarios, hospitales y centros de salud dependientes del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) requiere un aprovisionamiento constante de material sanitario, productos farmacéuticos, equipos informáticos y servicios generales. La adquisición de estos bienes y servicios no puede realizarse de cualquier manera, sino que está estrictamente sujeta a los principios de legalidad, transparencia, eficiencia y restricción del gasto público.

En este engranaje de gestión económica y administrativa, el personal de **Auxiliar Administrativo** desempeña tareas fundamentales de apoyo en las unidades de contratación, compras y gestión de almacenes, tramitando expedientes, controlando albaranes y velando por el cumplimiento de los procedimientos establecidos.

- Analizar el marco normativo general de la contratación pública y su aplicación en las organizaciones sanitarias.
- Delimitar el concepto, los límites económicos y la tramitación práctica del **contrato menor** en el ámbito del SESPA.
- Identificar las funciones del auxiliar administrativo en el circuito de compras, desde la solicitud de suministros hasta la recepción y conformidad de las facturas.

GRÁFICO



MÉTODO

Para la realización del presente trabajo he llevado a cabo una investigación que ha consistido en una revisión bibliográfica sobre el marco normativo existente en España

RESULTADOS

Dada la agilidad que requiere el día a día de un centro sanitario, el **contrato menor** es la figura jurídica más utilizada en la tramitación administrativa ordinaria para compras urgentes o de escasa cuantía:

- **Límites cuantitativos:** La LCSP fija umbrales máximos (por ejemplo, inferior a 15.000 euros para contratos de suministro y servicios, y 40.000 euros para obras, sujetos a las modificaciones o actualizaciones legales vigentes). No pueden fraccionarse los contratos con la intención de eludir

los requisitos de publicidad o los procedimientos de adjudicación ordinarios.

- **Expediente abreviado:** El expediente de contratación menor exige una tramitación simplificada que incluye la aprobación del gasto, la incorporación de la factura correspondiente y, en el caso de suministros, la justificación de la necesidad del contrato por parte del órgano gestor.

En las unidades de gestión económica y aprovisionamiento del SESPA, el auxiliar administrativo realiza actuaciones esenciales para el ciclo de vida del suministro:

- **Emisión y control de notas de pedido:** Tramitación informática de las solicitudes de material solicitadas por los diferentes servicios clínicos o unidades administrativas.
- **Recepción y comprobación material:** Verificación en los muelles de descarga o almacenes de que los paquetes o cajas recibidas coinciden exactamente en cantidad, marca y características con el albarán de entrega y el pedido inicial.
- **Tramitación para el abono:** Validación de la conformidad de las facturas mediante el cotejo con el albarán firmado, evitando duplicidades y trasladándolas al departamento de contabilidad para su pago dentro de los plazos legales establecidos.

6. Conclusiones

La gestión administrativa de los contratos menores y los suministros en el SESPA exige un control riguroso y una aplicación estricta de la Ley de Contratos del Sector Público. El personal auxiliar administrativo constituye una pieza clave en el circuito de compras, garantizando que el material necesario para la asistencia sanitaria llegue a los centros con eficacia, transparencia y absoluto respeto a la legalidad presupuestaria.

7. Bibliografía

- Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público, por la que se transponen al ordenamiento jurídico español las Directivas del Parlamento Europeo y del Consejo 2014/23/UE y 2014/24/UE, de 26 de febrero de 2014.
- Manuales de procedimiento de gestión económica y contratación de las Áreas Sanitarias del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).
- https://miprincipado.asturias.es/perfil-contratante/normativa-contratacion-administrativa

Acogida y orientación del usuario en centros sanitarios: papel del Celador y del Auxiliar Administrativo

Resumen

La llegada a un centro sanitario puede generar incertidumbre, especialmente cuando el usuario desconoce la ubicación de consultas, unidades o servicios. La acogida y orientación constituyen actividades fundamentales para facilitar el acceso y mejorar la experiencia de pacientes y acompañantes. Tanto el **Celador como el Auxiliar Administrativo** mantienen contacto directo con los usuarios y desempeñan funciones complementarias en este proceso. El Auxiliar Administrativo proporciona información relacionada con trámites, citaciones y circuitos administrativos dentro de sus competencias, mientras que el Celador participa en la orientación y acompañamiento de personas dentro de las instalaciones conforme a la organización del centro. El objetivo de este trabajo es analizar la contribución conjunta de ambas categorías a una acogida

adecuada. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación relacionada con derechos del paciente, accesibilidad y calidad sanitaria. Los resultados destacan la importancia de una comunicación clara, coordinación entre profesionales, respeto a la intimidad y adaptación a las necesidades del usuario. Se concluye que la colaboración entre Celadores y Auxiliares Administrativos puede favorecer una atención más accesible, organizada y humanizada.

Palabras clave

Celador; Auxiliar Administrativo; acogida; orientación; atención al usuario; humanización; centro sanitario.

Introducción

Los hospitales y otros centros sanitarios son organizaciones complejas en las que pueden coexistir numerosas consultas, unidades diagnósticas, servicios administrativos y áreas asistenciales.

Para los profesionales que trabajan habitualmente en ellos, su estructura resulta conocida. Sin embargo, para un usuario que acude por primera vez puede resultar difícil localizar el lugar al que debe dirigirse.

La orientación incorrecta puede ocasionar desplazamientos innecesarios, retrasos y ansiedad.

El Celador y el Auxiliar Administrativo constituyen dos categorías especialmente relevantes debido a su contacto frecuente con pacientes, familiares y acompañantes.

El Auxiliar Administrativo puede proporcionar información sobre aspectos administrativos, comprobar determinados datos y orientar al usuario hacia el circuito correspondiente.

El Celador, por su parte, desarrolla funciones relacionadas con la circulación y apoyo dentro de las instituciones sanitarias y puede intervenir en la orientación y acompañamiento cuando corresponda.

El objetivo de este trabajo es analizar las funciones complementarias del Celador y del Auxiliar Administrativo en la acogida y orientación de los usuarios.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación sanitaria y documentación institucional relacionada con atención al usuario, autonomía, accesibilidad y calidad.

Los contenidos fueron agrupados en cuatro dimensiones: información, orientación espacial, comunicación y coordinación profesional.

No se realizaron encuestas a usuarios ni observaciones en centros sanitarios.

Resultados

La revisión identifica la información clara como un elemento fundamental de la acogida.

El Auxiliar Administrativo debe proporcionar aquella información que corresponda a sus competencias y derivar las cuestiones asistenciales al profesional adecuado.

El Celador puede colaborar en la orientación física dentro del centro, especialmente cuando una persona presenta dificultades para localizar una unidad.

La señalización constituye un complemento importante, pero no sustituye completamente la atención personal.

Las personas mayores, usuarios con discapacidad o pacientes con dificultades de movilidad pueden necesitar una atención adaptada a sus circunstancias.

La coordinación entre Celador y Auxiliar Administrativo evita proporcionar instrucciones contradictorias y facilita que el usuario siga correctamente el circuito establecido.

Discusión

La acogida representa uno de los primeros contactos del ciudadano con la organización sanitaria y puede influir en su percepción del servicio.

No es necesario disponer de competencias clínicas para contribuir a una atención humanizada. Escuchar, orientar correctamente y utilizar un lenguaje respetuoso constituyen actuaciones aplicables a ambas categorías.

También resulta fundamental respetar los límites profesionales. Ni el Celador ni el Auxiliar Administrativo deben ofrecer interpretaciones clínicas que correspondan al personal sanitario competente.

La existencia de procedimientos y directorios internos actualizados facilita una orientación homogénea.

Conclusiones

El Celador y el Auxiliar Administrativo desempeñan funciones complementarias en la acogida de los usuarios.

Una orientación correcta puede prevenir retrasos y desplazamientos innecesarios.

La comunicación debe ser clara, respetuosa y adaptada a las necesidades de cada persona.

Las cuestiones clínicas deben derivarse a los profesionales competentes.

La coordinación entre ambas categorías favorece una atención organizada y humanizada.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Boletín Oficial del Estado, 289.

Coordinación de traslados y circuitos internos: colaboración entre Celador y Auxiliar Administrativo en instituciones sanitarias

Resumen

El funcionamiento de una institución sanitaria requiere una adecuada coordinación de los circuitos internos. Pacientes, documentación y diferentes recursos deben desplazarse entre unidades siguiendo procedimientos organizativos y de seguridad. El **Celador y el Auxiliar Administrativo** participan desde funciones distintas pero complementarias en estos procesos. Mientras el Auxiliar Administrativo interviene en tareas de registro, comunicación y gestión de información dentro de sus competencias, el Celador puede participar en el traslado y acompañamiento de pacientes y en otras funciones de apoyo establecidas para su categoría. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la coordinación entre ambas categorías en los circuitos internos de los centros sanitarios. Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con organización sanitaria, seguridad del paciente y coordinación profesional. Los resultados muestran la importancia de la identificación, comunicación entre unidades, planificación y protección de la confidencialidad.

Se concluye que una adecuada coordinación entre Celador y Auxiliar Administrativo contribuye a mejorar la continuidad y eficiencia de los procesos.

Palabras clave

Celador; Auxiliar Administrativo; traslado de pacientes; circuitos internos; coordinación; organización sanitaria.

Introducción

Los hospitales funcionan mediante una red de procesos interdependientes.

Un paciente puede necesitar desplazarse desde una unidad de hospitalización hasta una prueba diagnóstica, consulta u otra área del centro.

Para que el circuito funcione correctamente es necesaria la coordinación de profesionales con competencias diferentes.

El Auxiliar Administrativo puede intervenir en la gestión de información, citaciones, registros y comunicaciones relacionadas con determinados procesos.

El Celador participa en funciones de traslado, movilización y acompañamiento dentro de los límites correspondientes a su categoría y organización.

Una comunicación deficiente puede generar esperas innecesarias, desplazamientos incorrectos o dificultades organizativas.

Por ello, el objetivo del presente trabajo es analizar la colaboración entre Celador y Auxiliar Administrativo en la gestión de circuitos internos.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación sanitaria y documentación institucional relacionada con organización, calidad y seguridad del paciente.

Los contenidos fueron clasificados en identificación, comunicación, traslado, confidencialidad y gestión de incidencias.

No se analizaron tiempos reales de traslado ni datos de pacientes.

Resultados

La identificación correcta constituye un elemento fundamental antes de realizar actuaciones relacionadas con el traslado de un paciente.

El Celador debe aplicar los procedimientos de identificación establecidos antes de efectuar las funciones que le correspondan.

El Auxiliar Administrativo contribuye a mantener actualizada la información administrativa necesaria para los circuitos que gestiona.

La comunicación entre unidades permite comprobar que el destino está preparado y reducir desplazamientos innecesarios cuando los procedimientos organizativos así lo contemplan.

La confidencialidad debe mantenerse durante todo el proceso. La información que acompaña al paciente debe protegerse frente a accesos de terceros.

Cuando se produce una incidencia, debe comunicarse a la unidad o profesional responsable siguiendo el circuito establecido.

Discusión

La coordinación no implica que Celador y Auxiliar Administrativo intercambien sus funciones.

Cada categoría debe desarrollar las tareas que le corresponden, pero ambas necesitan disponer de información suficiente para coordinar correctamente el proceso.

Los sistemas informáticos pueden facilitar determinados aspectos de esta comunicación, aunque la tecnología no elimina la necesidad de verificar la información.

La correcta planificación puede reducir desplazamientos innecesarios y tiempos de espera.

La formación sobre circuitos internos resulta especialmente relevante cuando se producen modificaciones organizativas o se incorporan nuevos procedimientos.

Conclusiones

Los circuitos internos requieren coordinación entre diferentes categorías profesionales.

El Celador y el Auxiliar Administrativo desarrollan funciones distintas pero complementarias.

La identificación correcta constituye un elemento básico de seguridad.

La comunicación entre unidades favorece una organización más eficiente.

La confidencialidad debe mantenerse durante los traslados y comunicaciones.

La actualización de los procedimientos internos contribuye a mejorar la coordinación entre ambas categorías.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. WHO.

Actuación ante emergencias y evacuación en centros sanitarios: funciones del Celador y del Auxiliar Administrativo

Resumen

Los centros sanitarios deben estar preparados para responder ante incendios, fallos de instalaciones y otras situaciones de emergencia. La evacuación de un hospital presenta una complejidad especial debido a la existencia de pacientes con diferentes grados de movilidad y dependencia. El **Celador y el Auxiliar Administrativo** forman parte de la organización y deben conocer las actuaciones asignadas a sus puestos dentro de los planes de emergencia y autoprotección. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la preparación ante emergencias desde la perspectiva de ambas categorías. Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre prevención de riesgos laborales y autoprotección. Los resultados destacan la importancia de conocer los sistemas de alarma, recorridos de evacuación, funciones asignadas, mecanismos de comunicación y procedimientos establecidos. Se concluye que la formación y realización periódica de simulacros son esenciales para que Celadores y Auxiliares Administrativos puedan actuar de manera coordinada.

Palabras clave: Celador; Auxiliar Administrativo; emergencia; evacuación; autoprotección; hospital.

Introducción

Los centros sanitarios presentan características particulares desde el punto de vista de la gestión de emergencias.

En un edificio administrativo convencional, gran parte de los ocupantes puede evacuar por sus propios medios. En un hospital pueden encontrarse pacientes encamados, personas con movilidad reducida y usuarios que necesitan ayuda.

Por ello, los planes de emergencia deben contemplar las características específicas de cada centro.

El Celador puede tener funciones asignadas relacionadas con el apoyo a la movilización o evacuación de pacientes, mientras que el Auxiliar Administrativo puede desarrollar funciones de comunicación, información u otras actuaciones previstas en el plan.

Las responsabilidades concretas dependen del plan de autoprotección y de la organización de cada centro.

El objetivo de este trabajo es analizar los principios generales que deben conocer ambas categorías ante una situación de emergencia.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación española sobre prevención de riesgos laborales, emergencias y autoprotección.

Los contenidos se organizaron en prevención, alarma, comunicación, evacuación y formación.

No se realizaron simulacros experimentales ni evaluaciones de instalaciones concretas.

Resultados

La revisión muestra que el conocimiento previo del plan de emergencia constituye un requisito fundamental.

Los trabajadores deben conocer las señales de alarma y los procedimientos establecidos para comunicar una emergencia.

Las rutas y salidas de evacuación deben mantenerse libres de obstáculos.

En una emergencia, cada profesional debe desarrollar las funciones asignadas evitando actuaciones improvisadas que puedan aumentar el riesgo.

El Celador puede desempeñar un papel relevante cuando sea necesario colaborar en la movilización de personas con dificultades, siguiendo las instrucciones y procedimientos establecidos.

El Auxiliar Administrativo puede participar en las funciones de comunicación, información o apoyo organizativo que determine el plan del centro.

Los simulacros permiten familiarizar a los trabajadores con los procedimientos y detectar deficiencias.

Discusión

La preparación previa resulta especialmente importante porque una emergencia real puede generar situaciones de elevada presión.

Conocer anticipadamente las responsabilidades disminuye la necesidad de tomar decisiones improvisadas.

En un hospital, la evacuación puede necesitar realizarse de forma progresiva o sectorizada dependiendo del tipo de emergencia y del plan establecido.

Ni el Celador ni el Auxiliar Administrativo deben decidir individualmente una estrategia diferente a la prevista salvo que las circunstancias y procedimientos de emergencia así lo requieran.

La formación debe actualizarse cuando cambian las instalaciones o los planes de actuación.

Conclusiones

La preparación ante emergencias implica a todas las categorías profesionales.

Celadores y Auxiliares Administrativos deben conocer las funciones que les asigna el plan de emergencia.

Las vías de evacuación deben mantenerse accesibles.

La movilización de pacientes requiere procedimientos adaptados a sus necesidades.

Los sistemas de comunicación son fundamentales para coordinar la respuesta.

La formación y los simulacros contribuyen a mejorar la capacidad de actuación ante situaciones reales.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

España. (2007). *Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección*. Boletín Oficial del Estado, 72.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s. f.). *Prevención de riesgos laborales y medidas de emergencia*. INSST.

Accesibilidad universal en los centros sanitarios: participación del Celador y del Auxiliar Administrativo

Resumen

La accesibilidad de los centros sanitarios comprende aspectos físicos, sensoriales, comunicativos y organizativos. Las personas con discapacidad, movilidad reducida u otras necesidades pueden encontrar barreras durante su relación con las instituciones sanitarias. El **Celador y el Auxiliar Administrativo** mantienen contacto frecuente con los usuarios y pueden contribuir, desde sus respectivas competencias, a facilitar el acceso y orientación. El objetivo de este trabajo es analizar las principales barreras existentes y describir la contribución de ambas categorías a una atención accesible. Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre discapacidad, accesibilidad y autonomía. Los resultados destacan la importancia de eliminar obstáculos, proporcionar información comprensible, respetar la autonomía y facilitar los apoyos establecidos por la organización. Se concluye que la colaboración entre Celador y Auxiliar Administrativo puede favorecer una atención más inclusiva.

Palabras clave: Celador; Auxiliar Administrativo; accesibilidad; discapacidad; atención al usuario; sanidad.

Introducción

El derecho a acceder a los servicios sanitarios requiere que las instalaciones y procedimientos puedan ser utilizados por personas con necesidades diversas.

Las barreras pueden ser físicas, pero también comunicativas, cognitivas o digitales.

Una persona con movilidad reducida puede encontrar dificultades para desplazarse por el centro. Otra con discapacidad visual puede necesitar orientación adicional, mientras que una persona con dificultades auditivas puede requerir adaptaciones comunicativas.

El Celador y el Auxiliar Administrativo ocupan posiciones especialmente relevantes debido a su contacto directo con los usuarios.

El Celador puede colaborar en la orientación y apoyo a los desplazamientos conforme a sus funciones, mientras que el Auxiliar Administrativo puede facilitar el acceso a información y procedimientos administrativos.

El objetivo de este trabajo es analizar cómo ambas categorías pueden contribuir a la accesibilidad.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre discapacidad, accesibilidad y autonomía del paciente.

Los contenidos se agruparon en accesibilidad física, comunicación, información y autonomía.

Resultados

La accesibilidad física requiere mantener los itinerarios previstos libres de obstáculos y utilizar correctamente los recursos disponibles.

El Celador puede proporcionar orientación y el apoyo correspondiente cuando una persona presenta dificultades de desplazamiento.

El Auxiliar Administrativo debe procurar que la información administrativa sea comprensible y utilizar los recursos accesibles disponibles.

La presencia de un acompañante no elimina el derecho de la persona a ser tratada como interlocutora principal siempre que corresponda.

La comunicación debe adaptarse a las necesidades individuales sin utilizar un trato infantilizado.

La coordinación entre ambas categorías facilita que el usuario pueda completar su recorrido dentro del centro.

Discusión

La accesibilidad universal beneficia no solamente a las personas con una discapacidad reconocida.

Las personas mayores, usuarios con lesiones temporales, mujeres embarazadas o personas con dificultades de comprensión pueden beneficiarse también de entornos accesibles.

El Celador y el Auxiliar Administrativo no son responsables individualmente del diseño arquitectónico o de los sistemas de información, pero pueden identificar barreras y comunicarlas mediante los canales establecidos.

La atención accesible debe respetar siempre la autonomía y dignidad.

Conclusiones

La accesibilidad constituye un componente fundamental de la calidad sanitaria.

El Celador y el Auxiliar Administrativo pueden contribuir desde funciones complementarias.

Las barreras pueden ser físicas, comunicativas, cognitivas o digitales.

La autonomía de la persona debe respetarse durante toda la atención.

La coordinación entre profesionales facilita el recorrido del usuario por el centro.

La detección y comunicación de barreras favorece la mejora continua de la accesibilidad.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Boletín Oficial del Estado, 289.

España. (2023). *Real Decreto 193/2023, de 21 de marzo, por el que se regulan las condiciones básicas de accesibilidad y no discriminación de las personas con discapacidad para el acceso y utilización de los bienes y servicios a disposición del público*. Boletín Oficial del Estado.

World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. WHO.

Prevención y gestión inicial de situaciones conflictivas: actuación del Celador y del Auxiliar Administrativo en centros sanitarios

Resumen

Los profesionales que mantienen contacto directo con usuarios y acompañantes pueden encontrarse ante situaciones de tensión relacionadas con tiempos de espera, dificultades administrativas, preocupación por el estado de salud u otras circunstancias. El **Celador y el Auxiliar Administrativo** se encuentran entre las categorías con una elevada interacción con el público en las instituciones sanitarias. El objetivo de este trabajo es analizar medidas preventivas y principios generales de actuación ante situaciones conflictivas desde la perspectiva de ambas categorías. Se realizó una revisión narrativa de legislación sobre prevención de riesgos laborales y documentación técnica sobre violencia externa. Los resultados destacan la importancia de la comunicación profesional, detección de señales de escalada, mantenimiento de distancias de seguridad, conocimiento de los sistemas de aviso y activación de protocolos cuando sea necesario. Se concluye que la prevención de agresiones constituye una responsabilidad organizativa y que Celadores y Auxiliares Administrativos deben disponer de formación y procedimientos claros.

Palabras clave: Celador; Auxiliar Administrativo; agresiones; conflicto; violencia laboral; atención al público.

Introducción

Los centros sanitarios atienden diariamente a personas sometidas a situaciones de preocupación, dolor o incertidumbre.

Estas circunstancias no justifican las conductas agresivas, pero forman parte del contexto en el que pueden aparecer situaciones de tensión.

Los Celadores y Auxiliares Administrativos mantienen un contacto frecuente con usuarios y acompañantes en accesos, mostradores, admisiones, pasillos y diferentes unidades.

La prevención de la violencia debe integrarse dentro de la gestión de riesgos laborales.

La actuación individual del trabajador constituye solamente una parte de la prevención. También son necesarias medidas organizativas, ambientales y de seguridad.

El objetivo de este trabajo es analizar estrategias de prevención y actuación inicial aplicables a Celadores y Auxiliares Administrativos.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación española sobre prevención de riesgos laborales y documentación técnica sobre violencia en el lugar de trabajo.

Los contenidos se clasificaron en prevención, comunicación, detección de escalada, solicitud de ayuda y gestión posterior del incidente.

No se estudiaron casos individuales ni se realizaron encuestas a trabajadores.

Resultados

La información clara puede prevenir determinados conflictos derivados de malentendidos, aunque no elimina el riesgo de agresión.

Ante una persona alterada, la comunicación debe mantenerse profesional, evitando entrar en confrontaciones innecesarias.

Los trabajadores deben conocer los mecanismos disponibles para solicitar ayuda.

La distribución de los espacios y existencia de sistemas de aviso pueden formar parte de las medidas preventivas establecidas por la organización.

Cuando una situación supera las posibilidades de gestión ordinaria, debe activarse el protocolo correspondiente y priorizar la seguridad.

Después de un incidente, resulta importante realizar la comunicación y registro establecidos para que la organización pueda analizar lo sucedido.

Discusión

La capacidad de comunicación constituye una herramienta útil, pero no debe trasladarse al trabajador toda la responsabilidad de evitar una agresión.

Existen situaciones en las que intentar prolongar una conversación puede incrementar el riesgo. Los protocolos deben establecer cuándo solicitar apoyo o abandonar una situación peligrosa.

Celadores y Auxiliares Administrativos pueden encontrarse con conflictos de naturaleza diferente, pero ambos necesitan conocer los procedimientos del centro.

El análisis posterior de los incidentes permite identificar patrones y adoptar medidas preventivas.

Normalizar insultos o amenazas como parte inevitable de la atención al público dificulta la prevención y puede afectar al bienestar de los trabajadores.

Conclusiones

Celadores y Auxiliares Administrativos pueden estar expuestos a situaciones conflictivas debido a su contacto con el público.

La comunicación profesional puede prevenir determinados episodios, pero no elimina todos los riesgos.

La seguridad debe prevalecer cuando existe una amenaza.

Los trabajadores deben conocer los sistemas de aviso y protocolos establecidos.

Los incidentes deben comunicarse y registrarse conforme al procedimiento correspondiente.

La prevención de agresiones requiere combinar formación de los profesionales con medidas organizativas y ambientales.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (1998). *NTP 489: Violencia en el lugar de trabajo*. INSST.

Organización Internacional del Trabajo. (2019). *Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)*. OIT.

World Health Organization & International Labour Organization. (2022). *Mental health at work: Policy brief*. WHO.

Prevención de lesiones por presión: papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

Resumen

Las lesiones por presión constituyen un problema relevante en la atención de pacientes con movilidad reducida, dependencia o permanencia prolongada en cama o sillón. Su prevención requiere una actuación coordinada del equipo asistencial y la aplicación sistemática de cuidados dirigidos a proteger la integridad cutánea. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), dentro de sus funciones y en coordinación con el personal de enfermería, participa de manera directa en numerosos cuidados relacionados con higiene, confort, movilización, observación de la piel y mantenimiento de un entorno adecuado. El objetivo de este trabajo es analizar la participación del TCAE en la prevención de lesiones por presión y destacar la importancia de la detección precoz de signos de riesgo. Se realizó una revisión narrativa de documentación científica e institucional sobre prevención de lesiones por presión. Los resultados muestran la importancia de los cambios posturales individualizados, cuidado de la piel, control de la humedad, utilización adecuada de superficies especiales y comunicación de alteraciones observadas. Se concluye que la participación del TCAE resulta relevante para aplicar de forma continuada las medidas preventivas establecidas en el plan de cuidados.

Palabras clave

TCAE; Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería; lesiones por presión; cuidados auxiliares; piel; prevención.

Introducción

Las lesiones por presión son daños localizados en la piel y tejidos subyacentes asociados principalmente a la presión o a la combinación de presión y fuerzas mecánicas.

Las personas con movilidad reducida presentan un riesgo especial, aunque la aparición de estas lesiones depende de múltiples factores.

Su prevención requiere valorar individualmente el riesgo y establecer un plan de cuidados adecuado.

El TCAE mantiene un contacto frecuente con pacientes dependientes durante actividades de higiene, movilización, cambios de ropa de cama y otros cuidados básicos.

Esta proximidad permite observar alteraciones cutáneas que deben ser comunicadas al profesional de enfermería responsable.

La prevención no consiste únicamente en realizar cambios posturales. Debe contemplar el estado de la piel, humedad, movilidad, nutrición y utilización de los recursos preventivos indicados.

El objetivo de este trabajo es analizar la función del TCAE dentro de una estrategia multidisciplinar de prevención.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de guías y documentos relacionados con prevención de lesiones por presión.

La información se clasificó en cinco áreas: observación cutánea, movilización, higiene, control de humedad y utilización de medidas preventivas.

No se realizó ninguna intervención sobre pacientes ni se utilizaron datos clínicos individuales.

Resultados

La revisión muestra que la valoración del riesgo debe realizarse por los profesionales responsables y traducirse en un plan preventivo individualizado.

El TCAE participa en la aplicación de diferentes medidas incluidas en dicho plan.

Durante la higiene puede observar el estado de la piel y comunicar la aparición de enrojecimientos, lesiones u otras alteraciones.

Los cambios posturales y movilizaciones deben realizarse siguiendo las indicaciones establecidas y evitando fricción o arrastre innecesarios.

El mantenimiento de la piel limpia y adecuadamente seca resulta especialmente relevante cuando existe incontinencia o elevada humedad.

Las superficies especiales para el manejo de la presión pueden formar parte de la estrategia preventiva, pero no sustituyen el resto de cuidados.

La comunicación entre TCAE y personal de enfermería facilita la detección temprana de cambios en el estado del paciente.

Discusión

La prevención de lesiones por presión constituye un proceso continuado.

El contacto frecuente del TCAE con el paciente permite que esta categoría profesional tenga una posición especialmente útil para observar cambios.

Sin embargo, la observación no debe confundirse con la valoración diagnóstica. Cuando se identifica una alteración, debe comunicarse para que pueda ser evaluada por el profesional competente.

Los cambios posturales tampoco deben aplicarse como una pauta idéntica para todos los pacientes. Deben adaptarse al riesgo, situación clínica y plan individualizado.

La prevención eficaz depende de la coordinación de todo el equipo y de la continuidad de los cuidados.

Conclusiones

El TCAE participa activamente en la prevención de lesiones por presión.

La higiene y observación de la piel permiten detectar precozmente determinadas alteraciones.

La movilización debe realizarse siguiendo el plan establecido y evitando fuerzas innecesarias de fricción y arrastre.

El control de la humedad contribuye a proteger la integridad cutánea.

Las alteraciones observadas deben comunicarse al personal de enfermería responsable.

La coordinación del equipo resulta fundamental para garantizar la continuidad de las medidas preventivas.

Bibliografía

European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2019). *Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline*.

National Institute for Health and Care Excellence. (2014). *Pressure ulcers: Prevention and management (CG179)*. NICE.

Ministerio de Sanidad. (2015). *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud. Período 2015-2020*. Gobierno de España.

Higiene, bienestar y confort del paciente hospitalizado: funciones del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

Resumen

La higiene constituye un cuidado básico que contribuye al bienestar, dignidad y mantenimiento de la integridad cutánea de las personas hospitalizadas. Cuando el paciente no puede realizarla de manera autónoma, necesita diferentes grados de apoyo profesional. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) participa directamente en estos cuidados dentro de sus competencias y en coordinación con el equipo de enfermería. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de la higiene y el confort y describir los principios que deben orientar la actuación del TCAE. Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con cuidados básicos, seguridad, intimidad y prevención de infecciones. Los resultados muestran que la higiene constituye también una oportunidad para observar el estado general del paciente, proteger la piel, promover su autonomía y detectar alteraciones que deben comunicarse. Se concluye que los cuidados de higiene deben realizarse desde una perspectiva individualizada, respetando las preferencias, intimidad y capacidades de cada persona.

Palabras clave

TCAE; Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería; higiene; confort; cuidados básicos; hospitalización.

Introducción

La higiene personal es una necesidad básica relacionada con la salud física, el bienestar psicológico y la dignidad.

La hospitalización puede limitar temporal o permanentemente la capacidad de una persona para realizar sus propios cuidados.

El nivel de ayuda requerido puede variar desde una supervisión mínima hasta una asistencia amplia.

El TCAE desarrolla funciones directamente relacionadas con la higiene y acondicionamiento del entorno del paciente dentro del equipo de enfermería.

Estos cuidados no deben convertirse en actividades automáticas realizadas de la misma manera a todas las personas.

El grado de autonomía, situación clínica, movilidad, preferencias y capacidad de colaboración deben tenerse en cuenta.

Asimismo, el momento de la higiene permite observar el estado de la piel y detectar cambios relevantes.

El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de los cuidados de higiene y confort desarrollados por el TCAE.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con cuidados auxiliares, seguridad del paciente, higiene y prevención de infecciones.

La información se estructuró en preparación, intimidad, autonomía, higiene corporal, observación y acondicionamiento del entorno.

Resultados

La preparación previa del material evita interrupciones y facilita una atención organizada.

Antes de iniciar los cuidados debe preservarse la intimidad mediante las medidas disponibles en la unidad.

La participación del paciente debe favorecerse siempre que sea posible. Realizar por la persona actividades que puede ejecutar autónomamente puede reducir innecesariamente su independencia.

Durante la higiene, el TCAE puede observar cambios en la piel, presencia de lesiones, dolor durante determinados movimientos u otras incidencias que requieren comunicación.

El cambio de ropa personal y de cama, cuando corresponda, contribuye al bienestar y confort.

La correcta higiene de manos y utilización de las medidas de protección indicadas resultan fundamentales para reducir riesgos relacionados con la transmisión de microorganismos.

Discusión

La higiene posee una dimensión técnica y otra humana.

El paciente puede encontrarse en una situación de especial vulnerabilidad al necesitar ayuda para actividades íntimas. Por ello, el respeto y la comunicación son fundamentales.

Explicar previamente las actuaciones puede disminuir incertidumbre y facilitar la colaboración.

También debe evitarse infantilizar a las personas dependientes. Necesitar ayuda física no implica perder capacidad de decisión.

El TCAE debe adaptar su intervención al nivel de dependencia y comunicar cualquier cambio observado al personal responsable.

Conclusiones

La higiene constituye un cuidado esencial dentro de la atención del paciente hospitalizado.

El TCAE participa directamente en los cuidados de higiene y confort dentro de sus competencias.

La intimidad y dignidad deben protegerse durante todo el procedimiento.

Debe favorecerse la autonomía del paciente siempre que su situación lo permita.

La higiene permite observar alteraciones que pueden requerir valoración por otros profesionales.

La comunicación y coordinación con el equipo de enfermería son fundamentales.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. WHO.

Prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria: participación del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

Resumen

La prevención de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria requiere la participación coordinada de todas las categorías implicadas en los cuidados. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) mantiene un contacto frecuente con pacientes, superficies, materiales y equipos, por lo que el cumplimiento riguroso de las medidas preventivas resulta esencial. El objetivo de este trabajo es analizar la participación del TCAE en la prevención de la transmisión de microorganismos durante la atención sanitaria. Se realizó una revisión narrativa de recomendaciones institucionales sobre higiene de manos, precauciones estándar y prevención y control de infecciones. Los resultados muestran que la higiene de manos, utilización correcta de equipos de protección, gestión adecuada del material, limpieza según los procedimientos establecidos y cumplimiento de las precauciones indicadas constituyen actuaciones fundamentales. Se concluye que el TCAE desempeña un papel relevante en la cadena de prevención y que la formación continuada favorece la aplicación adecuada de estas medidas.

Palabras clave

TCAE; Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería; infecciones; higiene de manos; precauciones estándar; seguridad del paciente.

Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria representan un problema relevante para la seguridad del paciente.

Los microorganismos pueden transmitirse por diferentes mecanismos, por lo que las medidas preventivas deben adaptarse al riesgo existente.

Las precauciones estándar constituyen la base de la prevención y deben aplicarse de acuerdo con las actividades desarrolladas y la posible exposición.

El TCAE participa en cuidados directos, manejo de materiales y acondicionamiento del entorno próximo del paciente.

Por este motivo, sus actuaciones pueden contribuir a interrumpir las vías de transmisión.

La higiene de manos constituye una de las medidas fundamentales, pero debe complementarse con el uso correcto de guantes y otros equipos de protección cuando estén indicados.

El objetivo de este trabajo es analizar la participación del TCAE en la prevención y control de infecciones.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y documentación relacionada con prevención y control de infecciones.

Los contenidos se agruparon en higiene de manos, equipos de protección, material, entorno y precauciones específicas.

No se utilizaron datos de pacientes ni resultados microbiológicos.

Resultados

La higiene de manos aparece como una de las medidas fundamentales para reducir la transmisión.

El uso de guantes no sustituye la higiene de manos y debe ajustarse a las indicaciones correspondientes.

Los equipos de protección individual deben seleccionarse de acuerdo con la actividad y utilizarse siguiendo los procedimientos establecidos.

El material reutilizable requiere los procesos de limpieza, desinfección o esterilización que correspondan según sus características y uso, respetando las funciones asignadas a cada profesional y unidad.

La gestión de ropa y residuos debe seguir los circuitos establecidos para evitar manipulaciones innecesarias.

Cuando un paciente requiere precauciones adicionales, el TCAE debe conocer las medidas aplicables antes de realizar los cuidados que le correspondan.

Discusión

La prevención de infecciones depende de la repetición correcta de numerosas actuaciones cotidianas.

Precisamente por su carácter rutinario puede existir riesgo de disminuir la adherencia a determinadas medidas.

El TCAE debe integrar las precauciones en su práctica habitual y no reservarlas únicamente para situaciones consideradas de alto riesgo.

El uso innecesario de guantes tampoco constituye una práctica adecuada, ya que puede generar una falsa sensación de seguridad.

La disponibilidad de recursos, formación y procedimientos claros facilita el cumplimiento de las medidas preventivas.

Conclusiones

El TCAE desempeña una función relevante en la prevención de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

La higiene de manos constituye una medida esencial.

Los guantes no sustituyen la higiene de manos.

Los equipos de protección deben utilizarse según el riesgo y procedimiento correspondiente.

La gestión adecuada de materiales, ropa y residuos contribuye a prevenir la transmisión.

La formación continuada y el cumplimiento de protocolos favorecen una atención más segura.

Bibliografía

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. WHO.

World Health Organization. (2016). *Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level*. WHO.

World Health Organization. (2022). *Global report on infection prevention and control*. WHO.

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

Movilización segura del paciente dependiente: papel del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

Resumen

La movilización de pacientes con dependencia funcional constituye una actividad frecuente en hospitales y otros centros asistenciales. Una técnica inadecuada puede generar riesgos tanto para el paciente como para los profesionales. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) participa, dentro de sus funciones y en coordinación con otros miembros del equipo, en cambios posturales, transferencias y diferentes cuidados que requieren movilización. El objetivo de este trabajo es analizar los principios de seguridad que deben orientar estas actuaciones. Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con movilización de pacientes, prevención de caídas y riesgos musculoesqueléticos. Los resultados destacan la importancia de valorar previamente la situación, utilizar ayudas técnicas cuando estén indicadas, coordinar las maniobras entre profesionales y evitar técnicas basadas únicamente en el esfuerzo físico. Se concluye que la movilización segura protege simultáneamente al paciente y al trabajador.

Palabras clave: TCAE; Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería; movilización; ergonomía; paciente dependiente; seguridad.

Introducción

La pérdida de movilidad puede aparecer como consecuencia de enfermedad, cirugía, edad avanzada u otras circunstancias.

Los pacientes con limitaciones funcionales pueden necesitar ayuda para cambiar de posición, incorporarse o realizar transferencias.

El TCAE participa frecuentemente en estos cuidados junto con otros profesionales.

Una movilización incorrecta puede ocasionar caídas, golpes, lesiones cutáneas o dolor en el paciente. Al mismo tiempo, puede generar sobrecarga musculoesquelética en el trabajador.

Por ello, la movilización debe planificarse antes de comenzar.

El objetivo de este trabajo es analizar los principios básicos de seguridad aplicables a la movilización de pacientes desde la perspectiva del TCAE.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación sobre movilización de pacientes, ergonomía y prevención de riesgos laborales.

Los contenidos se clasificaron en evaluación previa, preparación del entorno, ayudas técnicas, coordinación y ergonomía.

No se realizaron pruebas experimentales de movilización.

Resultados

Antes de una movilización debe conocerse el grado de colaboración y las limitaciones del paciente de acuerdo con la información disponible y el plan establecido.

El entorno debe prepararse para evitar obstáculos y situaciones que puedan provocar caídas.

Las camas, sillas de ruedas y otros dispositivos deben utilizarse siguiendo las medidas de seguridad correspondientes.

Las ayudas técnicas pueden disminuir el esfuerzo físico y mejorar la seguridad cuando están indicadas y los profesionales conocen su funcionamiento.

En movilizaciones que requieren varios trabajadores resulta fundamental acordar previamente cómo se realizará la maniobra.

Los movimientos bruscos y el levantamiento manual innecesario de cargas deben evitarse.

Discusión

Durante años, la prevención de lesiones musculoesqueléticas se centró principalmente en enseñar posturas correctas al trabajador.

Aunque la técnica corporal continúa siendo relevante, la prevención actual debe considerar también la organización del trabajo y disponibilidad de ayudas técnicas.

La movilización segura no debe basarse exclusivamente en la fuerza física del profesional.

Asimismo, debe promoverse la participación del paciente dentro de sus capacidades, ya que puede favorecer su autonomía y disminuir la carga física.

El TCAE debe solicitar colaboración cuando una maniobra no pueda realizarse con seguridad de forma individual.

Conclusiones

La movilización de pacientes debe planificarse antes de iniciar la maniobra.

El TCAE participa activamente en los cuidados relacionados con movilidad y posicionamiento.

La seguridad del paciente y del profesional deben considerarse simultáneamente.

Las ayudas técnicas deben utilizarse cuando estén indicadas.

La coordinación entre profesionales es fundamental en movilizaciones complejas.

La formación ergonómica y la disponibilidad de recursos contribuyen a prevenir lesiones laborales.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

España. (1997). *Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas*. Boletín Oficial del Estado, 97.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s. f.). *Trastornos musculoesqueléticos*. INSST.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. WHO.

Atención humanizada al paciente con deterioro cognitivo: contribución del Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE)

Resumen

Las personas con deterioro cognitivo pueden presentar dificultades de memoria, orientación, comprensión o comunicación que condicionan su experiencia durante la hospitalización. Los entornos desconocidos y las modificaciones de las rutinas pueden aumentar la desorientación y generar situaciones de inquietud. El Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE), debido a su participación frecuente en los cuidados básicos, mantiene un contacto próximo con estos pacientes. El objetivo del presente trabajo es analizar estrategias de atención humanizada aplicables dentro de las competencias del TCAE. Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con atención centrada en la persona, demencia y seguridad. Los resultados destacan la importancia de una comunicación sencilla, mantenimiento de la dignidad, promoción de la autonomía, orientación, observación de cambios conductuales y coordinación con el equipo. Se concluye que adaptar los cuidados a las necesidades individuales puede favorecer el bienestar y seguridad de las personas con deterioro cognitivo.

Palabras clave: TCAE; Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería; deterioro cognitivo; demencia; humanización; cuidados.

Introducción

El deterioro cognitivo puede afectar a la memoria, orientación, lenguaje y capacidad para realizar actividades cotidianas.

La hospitalización puede resultar especialmente compleja para una persona que presenta estas dificultades.

El cambio de entorno, presencia de personas desconocidas, ruido o alteraciones de las rutinas pueden contribuir a aumentar la desorientación.

El TCAE participa de forma habitual en la higiene, alimentación, movilización, eliminación y otros cuidados básicos, manteniendo un contacto estrecho con el paciente.

Esta proximidad puede facilitar la detección de cambios en el comportamiento o capacidad funcional.

Sin embargo, el deterioro cognitivo no debe conducir a tratar a la persona como si hubiera perdido automáticamente toda capacidad de decisión.

El objetivo del presente trabajo es analizar medidas de atención humanizada aplicables por el TCAE dentro del equipo asistencial.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación de organismos sanitarios relacionada con demencia, atención centrada en la persona, autonomía y seguridad.

Los contenidos se organizaron en comunicación, orientación, autonomía, cuidados básicos y observación.

Resultados

La comunicación debe utilizar frases claras y adaptarse al nivel de comprensión de cada persona.

Presentarse, explicar lo que se va a realizar y proporcionar tiempo suficiente para responder puede facilitar la interacción.

Mantener determinadas referencias temporales y espaciales puede ayudar a reducir la desorientación en algunos pacientes.

Durante los cuidados debe preservarse la intimidad y promover la participación de la persona en aquellas actividades que pueda realizar.

Los cambios repentinos en comportamiento, nivel de conciencia, movilidad o capacidad para realizar actividades deben comunicarse al personal de enfermería responsable para su valoración.

La información proporcionada por familiares o cuidadores puede ser útil para conocer rutinas y preferencias, respetando siempre los procedimientos y derechos del paciente.

Discusión

El deterioro cognitivo no afecta de manera idéntica a todas las personas.

Por ello, los cuidados estandarizados deben complementarse con un enfoque individualizado.

Las conductas de agitación pueden tener diferentes causas y no deberían interpretarse automáticamente como falta de colaboración.

Dolor, miedo, necesidad de ir al baño, ruido o dificultad para comprender la situación pueden influir en el comportamiento.

El TCAE no realiza el diagnóstico de estas causas, pero puede observar cambios y transmitir información relevante al equipo responsable.

La continuidad de los profesionales y las rutinas, cuando sea posible, puede favorecer un entorno más predecible.

Conclusiones

El paciente con deterioro cognitivo puede presentar necesidades específicas durante la hospitalización.

El TCAE ocupa una posición relevante debido a su participación continuada en los cuidados básicos.

La comunicación debe adaptarse a las capacidades individuales.

La dignidad y autonomía deben preservarse durante toda la atención.

Los cambios significativos observados deben comunicarse al equipo responsable.

La atención centrada en la persona favorece unos cuidados más respetuosos, seguros y humanizados.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

World Health Organization. (2017). *Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025*. WHO.

World Health Organization. (2019). *Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines*. WHO.

National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Dementia: Assessment, management and support for people living with dementia and their carers (NG97)*. NICE.

RECONOCER PARA ACTUAR: VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

La violencia de género constituye un importante problema de salud pública y una vulneración de los derechos fundamentales. Sus consecuencias afectan a la

salud física, psicológica, sexual y social de las mujeres, pudiendo extenderse también a sus hijos e hijas y al entorno familiar. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en la detección precoz y atención de estas situaciones, pero la identificación y prevención de la violencia de género no debe limitarse exclusivamente al ámbito sanitario. Otros profesionales que mantienen contacto directo con la población pueden encontrarse ante signos de alarma y contribuir a facilitar el acceso a los recursos disponibles. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la formación y sensibilización del personal sanitario y no sanitario para favorecer la detección, prevención y adecuada actuación ante situaciones de violencia de género.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre la detección y atención de la violencia de género, consultando documentos institucionales y publicaciones científicas relacionadas con la actuación profesional. Se revisaron recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, protocolos de actuación y literatura científica centrada en la detección precoz, los factores de riesgo, las consecuencias sobre la salud y la intervención profesional. Se seleccionó información especialmente relevante para profesionales sanitarios y para otros colectivos que, por sus características laborales, pueden detectar situaciones de violencia o facilitar la derivación hacia los recursos especializados.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que la violencia de género puede presentarse de formas diversas y no siempre resulta evidente. Además de las agresiones físicas, pueden existir violencia psicológica, sexual, económica y conductas de control o aislamiento. Determinados signos, como lesiones recurrentes, ansiedad, alteraciones del sueño, síntomas depresivos, miedo, aislamiento social o acompañamiento constante por parte de la pareja, pueden constituir señales de alerta.

La formación profesional facilita la identificación de estas situaciones y permite ofrecer una respuesta adecuada, evitando actitudes que puedan generar culpabilización o revictimización. En el ámbito sanitario resulta fundamental disponer de espacios seguros que permitan realizar una entrevista confidencial y respetuosa. En el ámbito no sanitario, la sensibilización permite reconocer señales de alarma, escuchar sin juzgar y orientar hacia los servicios especializados, respetando siempre la autonomía y seguridad de la mujer.

Asimismo, la coordinación entre los diferentes profesionales y recursos constituye un elemento esencial para garantizar una atención integral y continuada. La existencia de protocolos claros y actualizados facilita una actuación homogénea ante posibles casos.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta integral en la que participen tanto profesionales sanitarios como no sanitarios. La formación continuada, la sensibilización y el conocimiento de los recursos disponibles favorecen la detección precoz y una atención centrada en las necesidades y la seguridad de la mujer. Reconocer las señales de violencia constituye el primer paso para poder actuar adecuadamente. La coordinación interdisciplinar y la aplicación de protocolos contribuyen a evitar la revictimización y a mejorar la respuesta profesional ante estas situaciones.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. **Violencia contra la mujer**. Ginebra: OMS; 2021.

2. Organización Mundial de la Salud. **Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence**. Ginebra: OMS; 2012.

3. Ministerio de Sanidad. **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género**. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012.

4. Ministerio de Igualdad. **Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género**. Madrid: Gobierno de España.

5. Naciones Unidas. **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**.

Nueva York: Naciones Unidas; 1993.

IDENTIFICAR PARA PREVENIR: HERRAMIENTAS FRENTE AL ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

El acoso laboral constituye un problema relevante dentro de los entornos profesionales y puede repercutir negativamente en la salud física, psicológica y social de las personas trabajadoras. Se caracteriza por comportamientos

hostiles, intimidatorios, humillantes o degradantes que pueden producirse de manera reiterada y prolongada en el tiempo, afectando al bienestar de la persona y al adecuado funcionamiento de la organización. En el ámbito sanitario, las situaciones de estrés laboral, elevada carga asistencial, relaciones jerárquicas y trabajo en equipo pueden generar circunstancias que requieren especial atención. No obstante, el acoso laboral puede presentarse igualmente en otros sectores y afectar tanto a personal sanitario como no sanitario. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la formación y sensibilización de los profesionales para identificar situaciones de acoso laboral, prevenir su aparición y favorecer una actuación adecuada ante posibles casos.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el acoso laboral y su prevención en el entorno profesional. Se consultaron publicaciones científicas, documentos institucionales, recomendaciones de organismos nacionales e internacionales y normativa relacionada con la prevención de riesgos laborales y la protección de las personas trabajadoras. Se revisaron aspectos relacionados con la identificación de conductas de acoso, factores de riesgo, consecuencias para la salud y estrategias de prevención e intervención. Se seleccionó información de utilidad tanto para profesionales sanitarios como para personal no sanitario, prestando especial atención a la importancia de disponer de protocolos de actuación y canales seguros de comunicación.

Resultados

La revisión evidencia que el acoso laboral puede manifestarse mediante conductas como humillaciones, amenazas, aislamiento, difusión de rumores, descalificaciones reiteradas, asignación injustificada de tareas, ocultación de información necesaria para desarrollar el trabajo o cuestionamiento continuado de las capacidades profesionales. Estas conductas pueden provocar ansiedad, estrés, alteraciones del sueño, disminución de la autoestima, problemas de concentración y absentismo laboral, además de repercutir negativamente sobre el clima organizacional.

La identificación precoz de las señales de alarma constituye una herramienta fundamental para prevenir la evolución de estas situaciones. La formación de los trabajadores y responsables de los equipos permite diferenciar posibles conflictos laborales de comportamientos sistemáticos de acoso y facilita una respuesta adecuada. Asimismo, resulta fundamental promover una cultura organizacional basada en el respeto, la comunicación y la tolerancia cero frente a cualquier conducta intimidatoria o degradante.

La existencia de protocolos específicos, procedimientos confidenciales de comunicación y mecanismos de apoyo favorece la detección y facilita la intervención. La actuación coordinada entre trabajadores, responsables,

servicios de prevención y recursos especializados permite abordar estas situaciones de forma integral.

Conclusiones

La prevención del acoso laboral requiere la implicación de toda la organización, independientemente del ámbito profesional. La formación y sensibilización de personal sanitario y no sanitario favorecen la identificación temprana de conductas inadecuadas y permiten actuar antes de que puedan producir consecuencias graves sobre la salud. Promover entornos laborales seguros, basados en el respeto y la comunicación, constituye una estrategia esencial de prevención. La disponibilidad de protocolos claros, canales de comunicación confidenciales y recursos de apoyo facilita una respuesta adecuada y contribuye a proteger el bienestar de las personas trabajadoras.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. **Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)**. Ginebra: OIT; 2019.
2. Organización Mundial de la Salud. **Mental health at work**. Ginebra: OMS; 2022.
3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. **Acoso psicológico en el trabajo: definición**. Madrid: INSST.
4. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de **Prevención de Riesgos Laborales**. Boletín Oficial del Estado.
5. Organización Internacional del Trabajo. **Violence and stress**. Ginebra: OIT.

RCP PARA TODOS: FORMACIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA PCR EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye una emergencia sanitaria tiempo-dependiente en la que la actuación inmediata resulta fundamental para aumentar las posibilidades de supervivencia y disminuir las secuelas neurológicas. La identificación precoz de la situación, la activación de los servicios de emergencias y el inicio temprano de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) forman parte de la cadena de supervivencia. Aunque la

atención avanzada corresponde a profesionales sanitarios entrenados, las primeras actuaciones pueden ser realizadas por cualquier persona que presencie una parada. Por ello, la formación en RCP debe dirigirse tanto al personal sanitario como al no sanitario. El conocimiento de las técnicas básicas permite responder de manera rápida y segura ante una emergencia, reduciendo el tiempo hasta el inicio de las compresiones torácicas y la utilización del desfibrilador externo automatizado (DEA). El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la formación en RCP y proporcionar herramientas que permitan mejorar la respuesta ante una PCR en diferentes entornos profesionales.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre la RCP y la actuación inicial ante una parada cardiorrespiratoria. Se consultaron recomendaciones y guías de organismos científicos nacionales e internacionales, así como publicaciones relacionadas con la reanimación, la formación en soporte vital básico y el uso del DEA. Se revisaron los principales pasos de actuación ante una PCR, incluyendo el reconocimiento de la emergencia, la solicitud de ayuda, la realización de compresiones torácicas, la ventilación cuando esté indicada y la utilización precoz del desfibrilador. Se consideraron especialmente las estrategias formativas dirigidas a personal sanitario y no sanitario.

Resultados

La revisión evidencia que el reconocimiento temprano de una PCR y el inicio inmediato de las maniobras de RCP son elementos esenciales de la cadena de supervivencia. Ante una persona inconsciente que no respira con normalidad, es necesario activar rápidamente el sistema de emergencias y comenzar las compresiones torácicas siguiendo las recomendaciones establecidas.

La utilización precoz del DEA constituye otra intervención fundamental, ya que permite analizar el ritmo cardíaco y administrar una descarga cuando está indicada. Su disponibilidad en espacios públicos y laborales, junto con una formación adecuada, facilita que personas no sanitarias puedan participar en la respuesta inicial hasta la llegada de los servicios de emergencia.

En el personal sanitario, la formación debe incluir tanto las competencias de soporte vital básico como aquellas correspondientes a su nivel de responsabilidad profesional. En el personal no sanitario, los programas de formación práctica permiten adquirir conocimientos básicos, reducir el miedo a intervenir y mejorar la capacidad de respuesta ante una emergencia.

La realización periódica de cursos y simulaciones favorece la adquisición y mantenimiento de las habilidades, especialmente en técnicas que requieren práctica y actuación coordinada.

Conclusiones

La formación en RCP debe considerarse una competencia de interés tanto para profesionales sanitarios como para personal no sanitario. Una respuesta rápida y organizada ante una PCR puede contribuir a mejorar las posibilidades de supervivencia mientras llegan los servicios especializados. La capacitación en reconocimiento de la parada, compresiones torácicas y utilización del DEA proporciona herramientas sencillas y eficaces para actuar ante una emergencia. La formación periódica, las prácticas simuladas y la disponibilidad de desfibriladores en los lugares de trabajo pueden favorecer una respuesta más segura y eficaz. Promover la cultura de la RCP contribuye a que un mayor número de personas esté preparado para actuar ante una parada cardiorrespiratoria.

Bibliografía

1. European Resuscitation Council. **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support**. Resuscitation. 2021;161:98-114.

2. European Resuscitation Council. **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult Advanced Life Support**. Resuscitation. 2021;161:115-151.

3. American Heart Association. **2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC**. Circulation. 2020;142(Suppl 2).

4. Perkins GD, et al. **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary**. Resuscitation. 2021;161:1-60.

Organización Mundial de la Salud. **Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured**. Ginebra: OMS; 2018

ACOSO SEXUAL EN EL ENTORNO LABORAL: SENSIBILIZACIÓN, PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN PROFESIONAL SANITARIA Y NO SANITARIA

Introducción

El acoso sexual en el entorno laboral constituye una forma de violencia que puede afectar a la dignidad, integridad y bienestar de las personas trabajadoras. Puede manifestarse mediante comportamientos verbales, no verbales o físicos de naturaleza sexual que resulten no deseados y que generen un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo. Estas conductas pueden producir consecuencias psicológicas y sociales, además de afectar al rendimiento profesional y al clima laboral. Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede verse expuesto a estas situaciones, independientemente de su categoría o puesto de trabajo. La prevención requiere promover entornos

profesionales basados en el respeto, la igualdad y la tolerancia cero ante cualquier conducta de carácter sexual no consentida. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la sensibilización y formación de los profesionales para identificar posibles situaciones de acoso sexual, prevenir su aparición y facilitar una respuesta adecuada ante estas conductas.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el acoso sexual en el entorno laboral, sus principales manifestaciones, factores de riesgo, consecuencias y medidas preventivas. Se consultaron publicaciones científicas, documentos institucionales, normativa nacional y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales relacionados con la prevención de la violencia y el acoso en el trabajo. Se revisaron especialmente las estrategias de sensibilización, los procedimientos de comunicación y denuncia, las medidas de protección y los protocolos de actuación. La información seleccionada se orientó tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, considerando la necesidad de establecer medidas preventivas aplicables a diferentes entornos laborales.

Resultados

La revisión evidencia que el acoso sexual puede presentarse mediante comentarios, insinuaciones, bromas de contenido sexual, mensajes no deseados, contacto físico inapropiado, propuestas sexuales, gestos o conductas que generen incomodidad o intimidación. También pueden producirse situaciones vinculadas al abuso de una posición jerárquica o de poder. La identificación temprana de estas conductas resulta fundamental para evitar su normalización y prevenir su continuidad.

Entre las consecuencias descritas se encuentran ansiedad, estrés, inseguridad, disminución de la autoestima, alteraciones del sueño, absentismo y deterioro de las relaciones profesionales. Además, estas situaciones pueden generar un clima laboral negativo y afectar al funcionamiento de los equipos.

La prevención requiere establecer políticas claras contra el acoso, proporcionar formación periódica y garantizar que todos los profesionales conozcan los canales disponibles para comunicar posibles situaciones. Los protocolos deben contemplar procedimientos confidenciales, medidas de protección y una respuesta rápida y adecuada. Asimismo, resulta fundamental evitar la culpabilización de la persona afectada y garantizar un trato respetuoso durante todo el proceso.

Conclusiones

El acoso sexual laboral constituye un problema que requiere una respuesta activa por parte de las organizaciones y de todos sus profesionales. La sensibilización y formación del personal sanitario y no sanitario favorecen la

identificación de conductas inadecuadas y contribuyen a prevenir su normalización. La existencia de protocolos claros, canales confidenciales de comunicación y medidas de protección facilita una actuación adecuada ante posibles casos. Promover una cultura laboral basada en el respeto, la igualdad y la seguridad permite reducir los factores de riesgo y favorecer entornos profesionales saludables y libres de acoso sexual.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. **Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)**. Ginebra: OIT; 2019.

2. Organización Internacional del Trabajo. **Violence and harassment in the world of work**. Ginebra: OIT.

3. Ministerio de Igualdad. **Instituto de las Mujeres: igualdad y prevención del acoso sexual y por razón de sexo**. Madrid: Gobierno de España.

4. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la **igualdad efectiva de mujeres y hombres**. Boletín Oficial del Estado.

5. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de **Prevención de Riesgos Laborales**. Boletín Oficial del Estado.

BURNOUT LABORAL: DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y HERRAMIENTAS PARA EL BIENESTAR PROFESIONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

El síndrome de burnout constituye un problema relacionado con el entorno laboral que puede afectar de forma significativa al bienestar de los profesionales y a la calidad de su desempeño. Se caracteriza por agotamiento emocional, distanciamiento o actitudes negativas hacia el trabajo y una disminución de la percepción de eficacia profesional. Aunque inicialmente se relacionó especialmente con profesiones asistenciales, actualmente se reconoce que puede afectar a trabajadores de diferentes sectores y categorías profesionales. En el ámbito sanitario, factores como la elevada carga asistencial, la presión laboral, el contacto continuado con situaciones de enfermedad y sufrimiento, los turnos y la responsabilidad profesional pueden favorecer su aparición. En el personal no sanitario también pueden existir factores relacionados con la organización, la carga de trabajo, la falta de reconocimiento o las dificultades en

las relaciones laborales. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de identificar precozmente los signos de burnout y promover estrategias de prevención y cuidado del bienestar profesional.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el síndrome de burnout, sus factores de riesgo, manifestaciones y estrategias de prevención en el entorno laboral. Se consultaron publicaciones científicas, documentos de organismos nacionales e internacionales y recomendaciones relacionadas con la salud laboral y el bienestar de los trabajadores. Se revisaron aspectos relacionados con la identificación de síntomas, factores organizativos y personales asociados al burnout, consecuencias sobre la salud y medidas preventivas. Se seleccionó información aplicable tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, prestando especial atención a las intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo y favorecer hábitos saludables.

Resultados

La revisión muestra que el burnout puede manifestarse mediante cansancio persistente, agotamiento emocional, irritabilidad, dificultades de concentración, pérdida de motivación, distanciamiento respecto al trabajo y percepción de menor rendimiento profesional. Estas manifestaciones pueden repercutir tanto en la salud de los trabajadores como en las relaciones interpersonales, el absentismo y la calidad del desempeño profesional.

Entre los factores relacionados con su aparición destacan la sobrecarga de trabajo, la falta de autonomía, los horarios prolongados o poco predecibles, la insuficiencia de recursos, la escasa participación en la toma de decisiones y determinadas dificultades organizativas. En el ámbito sanitario pueden añadirse la exposición continuada al sufrimiento y la necesidad de tomar decisiones de elevada responsabilidad.

La prevención requiere combinar medidas individuales y organizativas. La educación sobre salud laboral, el desarrollo de habilidades para gestionar el estrés, el establecimiento de límites adecuados entre vida laboral y personal y la promoción de hábitos saludables pueden contribuir al bienestar. Sin embargo, las intervenciones organizativas resultan igualmente necesarias, incluyendo una adecuada distribución de cargas de trabajo, apoyo por parte de responsables, participación de los profesionales y mejora de la comunicación interna.

Conclusiones

El burnout representa un reto para la salud laboral de profesionales sanitarios y no sanitarios. La detección temprana de sus manifestaciones permite identificar situaciones de riesgo y establecer medidas preventivas antes de que se produzca un deterioro significativo del bienestar. La prevención debe abordarse

desde una perspectiva integral, combinando estrategias individuales con cambios organizativos que favorezcan entornos laborales saludables. Promover la comunicación, el apoyo profesional, una adecuada organización del trabajo y la formación en gestión del estrés constituye una herramienta fundamental para proteger la salud de los trabajadores y mejorar su bienestar profesional.

Bibliografía

1. World Health Organization. Burn-out an "occupational phenomenon": International Classification of Diseases. Ginebra: OMS; 2019.

2. World Health Organization. Mental health at work. Ginebra: OMS; 2022.

3. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3.ª ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.

4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Riesgos psicosociales en el trabajo. Madrid: INSST.

5. Organización Internacional del Trabajo. Entornos de trabajo seguros y saludables. Ginebra: OIT.

Movilización y traslado seguro de pacientes: papel del Celador en las instituciones sanitarias

Resumen

La movilización y el traslado de pacientes constituyen actividades frecuentes en hospitales y otras instituciones sanitarias. La situación funcional y clínica de cada persona puede requerir diferentes niveles de ayuda y la utilización de camas, camillas, sillas de ruedas u otros recursos. El Celador desempeña un papel relevante en estas actuaciones dentro de las funciones asignadas a su categoría y en coordinación con el personal sanitario. El objetivo del presente trabajo es analizar los principales factores relacionados con una movilización y un traslado seguros y destacar la participación del Celador en la prevención de incidentes. Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre prevención de riesgos laborales y documentación relacionada con seguridad del paciente y movilización. Los resultados muestran la importancia de preparar previamente el traslado, comprobar los medios utilizados, mantener una adecuada coordinación entre profesionales, evitar movimientos improvisados y utilizar ayudas técnicas cuando corresponda. Se concluye que la formación del Celador en movilización y traslado constituye un elemento importante para proteger tanto al paciente como al profesional.

Palabras clave

Celador; movilización; traslado de pacientes; seguridad del paciente; ergonomía; institución sanitaria.

Introducción

Los pacientes pueden necesitar desplazarse entre diferentes áreas de una institución sanitaria para recibir atención, someterse a pruebas o cambiar de unidad.

No todas las personas poseen el mismo grado de movilidad. Algunas pueden caminar de manera autónoma, mientras que otras requieren silla de ruedas, camilla o cama.

El Celador participa habitualmente en el traslado de pacientes dentro de las funciones establecidas para su categoría profesional.

Estas actuaciones deben realizarse de forma coordinada y teniendo en cuenta las indicaciones del personal sanitario cuando la situación del paciente lo requiera.

Una movilización inadecuada puede ocasionar caídas, golpes, desplazamientos de dispositivos o lesiones musculoesqueléticas en los trabajadores.

Por ello, el traslado no debe entenderse únicamente como desplazamiento físico entre dos lugares, sino como una actividad que requiere planificación y seguridad.

El objetivo de este trabajo es analizar las principales medidas aplicables al traslado y movilización realizados por el Celador.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa sobre prevención de riesgos laborales y documentación institucional relacionada con movilización de pacientes y seguridad.

Los contenidos se agruparon en preparación, identificación, utilización de dispositivos, coordinación y prevención de accidentes.

No se realizaron observaciones de traslados ni intervenciones con pacientes.

Resultados

Antes de comenzar un traslado resulta necesario comprobar que el medio utilizado es adecuado para las necesidades del paciente.

Las sillas de ruedas, camillas y camas deben utilizarse conforme a sus características y procedimientos de seguridad.

Cuando una movilización requiere la intervención de varias personas, resulta fundamental coordinar previamente la maniobra.

Los desplazamientos deben realizarse de forma controlada, prestando especial atención a puertas, ascensores, rampas y zonas de circulación.

Cuando existen dispositivos clínicos conectados al paciente, el traslado requiere coordinación con los profesionales sanitarios responsables para evitar manipulaciones que excedan las competencias del Celador.

La comunicación durante la movilización también contribuye a disminuir la ansiedad del paciente y favorece su colaboración cuando es posible.

Discusión

La movilización segura protege simultáneamente al paciente y al trabajador.

El Celador no debe asumir individualmente una movilización cuando las características del paciente requieren la colaboración de otros profesionales o ayudas técnicas.

La utilización de dispositivos mecánicos y otras ayudas puede disminuir la carga física, pero requiere formación adecuada.

Asimismo, el traslado debe preservar la dignidad e intimidad de la persona.

La planificación y comunicación entre los profesionales implicados permiten reducir actuaciones improvisadas y mejorar la seguridad.

Conclusiones

El Celador desempeña una función relevante en la movilización y traslado de pacientes.

Cada traslado debe adaptarse a las necesidades de la persona.

La preparación previa disminuye el riesgo de incidentes.

Las movilizaciones complejas requieren coordinación entre profesionales.

Las ayudas técnicas deben utilizarse cuando estén disponibles e indicadas.

La formación continuada favorece traslados más seguros para pacientes y trabajadores.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

España. (1997). *Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas*. Boletín Oficial del Estado, 97.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s. f.). *Trastornos musculoesqueléticos*. INSST.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. WHO.

Prevención de riesgos ergonómicos en el trabajo del Celador sanitario

Resumen

La actividad profesional del Celador puede implicar desplazamientos frecuentes, empuje y arrastre de camas o camillas, manipulación de determinadas cargas y participación en la movilización de pacientes. Estas actividades pueden favorecer la aparición de trastornos musculoesqueléticos cuando no se aplican medidas preventivas adecuadas. El objetivo del presente trabajo es analizar los principales riesgos ergonómicos asociados al trabajo del Celador y revisar estrategias para su prevención. Se realizó una revisión narrativa de legislación española sobre prevención de riesgos laborales y documentación técnica sobre manipulación manual de cargas y trastornos musculoesqueléticos. Los resultados muestran que la prevención no debe depender exclusivamente de la técnica individual del trabajador, sino que debe incluir una adecuada organización, disponibilidad de ayudas técnicas, mantenimiento de equipos, formación y evaluación de riesgos. Se concluye que la prevención ergonómica constituye un elemento esencial para proteger la salud laboral del Celador.

Palabras clave

Celador; ergonomía; riesgos laborales; trastornos musculoesqueléticos; movilización; prevención.

Introducción

Los trastornos musculoesqueléticos constituyen un problema relevante en numerosos sectores laborales.

En las instituciones sanitarias existen actividades que pueden requerir esfuerzos físicos, posturas mantenidas, movimientos repetidos o manipulación de cargas.

El Celador desarrolla determinadas funciones que pueden implicar desplazamiento de camas, camillas y sillas de ruedas, así como colaboración en movilizaciones de pacientes.

El riesgo no depende únicamente del peso movilizado. La postura, frecuencia, distancia, características del entorno y disponibilidad de medios auxiliares también influyen.

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece la necesidad de evaluar los riesgos y adoptar medidas destinadas a proteger la seguridad y salud de los trabajadores.

El objetivo de este trabajo es analizar los principales factores ergonómicos asociados al trabajo del Celador y las medidas preventivas aplicables.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación española y documentación del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo relacionada con ergonomía y manipulación manual de cargas.

Los contenidos se organizaron en factores de riesgo, organización, ayudas técnicas, técnicas de movilización y formación.

Resultados

La revisión muestra que el riesgo musculoesquelético posee un origen multifactorial.

La manipulación manual debe reducirse cuando existan medios técnicos adecuados que permitan realizar la tarea de forma más segura.

El mantenimiento de camas, camillas y sillas también tiene importancia. Un dispositivo con ruedas o mecanismos defectuosos puede aumentar considerablemente el esfuerzo necesario.

Las condiciones del entorno, como espacios reducidos, obstáculos o desniveles, pueden dificultar las maniobras.

La formación ergonómica permite conocer principios de movilización y utilización de ayudas.

Asimismo, solicitar colaboración cuando una tarea supera las posibilidades seguras de una persona constituye una medida preventiva y no una deficiencia profesional.

Discusión

La prevención tradicional se ha centrado con frecuencia en recomendar al trabajador que adopte una postura correcta.

Aunque la técnica es importante, esta perspectiva resulta insuficiente si no se consideran los equipos, la organización y el entorno.

Un Celador puede conocer una técnica adecuada y, sin embargo, estar expuesto a riesgo si debe mover manualmente una carga que requiere medios adicionales.

La evaluación ergonómica debe analizar la tarea completa.

La participación de los trabajadores en la identificación de dificultades puede aportar información útil para mejorar los procedimientos.

Conclusiones

El trabajo del Celador puede presentar riesgos musculoesqueléticos relevantes.

La prevención debe combinar medidas técnicas, organizativas y formativas.

Las ayudas técnicas pueden disminuir determinados esfuerzos físicos.

Los equipos utilizados deben mantenerse en condiciones adecuadas.

El Celador debe solicitar colaboración cuando una tarea no pueda realizarse de forma segura individualmente.

La ergonomía debe integrarse en la organización cotidiana del trabajo.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

España. (1997). *Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre manipulación manual de cargas*. Boletín Oficial del Estado, 97.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s. f.). *Trastornos musculoesqueléticos*. INSST.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (2003). *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas*. INSST.

El Celador en el área quirúrgica: seguridad, coordinación y funciones de apoyo

Resumen

El área quirúrgica constituye un entorno de elevada complejidad organizativa en el que intervienen diferentes categorías profesionales. El traslado y movilización de pacientes, el respeto de los circuitos establecidos y la coordinación entre profesionales son elementos importantes para el correcto funcionamiento de esta área. El Celador desarrolla funciones de apoyo dentro de sus competencias y debe conocer las particularidades del entorno quirúrgico. El objetivo del presente trabajo es analizar la participación del Celador en el área quirúrgica, prestando especial atención a la seguridad del paciente, movilización, circuitos internos y coordinación profesional. Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con seguridad quirúrgica, prevención de riesgos y organización sanitaria. Los resultados destacan la importancia de una correcta identificación, traslado seguro, respeto de las normas de circulación y coordinación con el equipo. Se concluye que el Celador constituye una figura de apoyo relevante para el funcionamiento organizado y seguro del circuito quirúrgico.

Palabras clave

Celador; quirófano; área quirúrgica; traslado; seguridad del paciente; coordinación.

Introducción

El bloque quirúrgico constituye una de las áreas con mayor complejidad dentro de un hospital.

En él participan profesionales de diferentes categorías y existen circuitos específicos destinados a mantener la organización y seguridad.

El Celador puede intervenir en diferentes actividades de apoyo relacionadas con el traslado y movilización del paciente y con otras funciones asignadas a su categoría.

El acceso a determinadas zonas requiere respetar las normas establecidas por el centro.

La seguridad del paciente debe mantenerse durante todo el circuito, incluyendo los desplazamientos hacia y desde el área quirúrgica.

La identificación correcta y la coordinación con el personal sanitario son aspectos especialmente importantes.

El objetivo del presente trabajo es analizar la función del Celador dentro del circuito quirúrgico desde una perspectiva de seguridad y coordinación.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de documentación relacionada con seguridad quirúrgica, seguridad del paciente y prevención de riesgos laborales.

La información se clasificó en traslado, identificación, movilización, circulación y coordinación.

No se analizaron intervenciones quirúrgicas ni casos clínicos.

Resultados

El traslado del paciente al área quirúrgica debe realizarse conforme a los procedimientos establecidos.

La identificación constituye un elemento esencial de seguridad, aunque cada profesional debe efectuar las comprobaciones que correspondan a sus responsabilidades.

La transferencia entre cama y mesa quirúrgica puede requerir la colaboración de varios profesionales y debe realizarse coordinadamente.

El Celador debe seguir las instrucciones del equipo responsable cuando la movilización esté condicionada por la situación clínica del paciente.

El respeto de los circuitos de circulación contribuye a mantener la organización del área.

Durante todo el proceso debe protegerse la intimidad y dignidad de la persona trasladada.

Discusión

El trabajo del Celador en el área quirúrgica se integra dentro de un proceso multidisciplinar.

La coordinación es especialmente importante porque el paciente puede presentar limitaciones de movilidad o encontrarse conectado a diferentes dispositivos.

El Celador no debe manipular dispositivos clínicos que no correspondan a sus funciones, sino coordinar la movilización con los profesionales responsables.

La formación específica sobre los circuitos del bloque quirúrgico puede disminuir incidencias y facilitar el funcionamiento del servicio.

La seguridad depende de que cada profesional conozca y respete sus responsabilidades.

Conclusiones

El Celador desempeña funciones de apoyo relevantes en el área quirúrgica.

El traslado debe realizarse conforme a los procedimientos establecidos.

La identificación y coordinación profesional constituyen elementos fundamentales de seguridad.

Las movilizaciones complejas requieren planificación conjunta.

Los circuitos internos del área quirúrgica deben respetarse.

La intimidad y dignidad del paciente deben mantenerse durante todo el proceso.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

World Health Organization. (2009). *WHO guidelines for safe surgery 2009: Safe surgery saves lives*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. WHO.

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

Funciones del Celador en unidades de salud mental: seguridad, comunicación y atención respetuosa

Resumen

Las unidades de salud mental presentan características asistenciales y organizativas específicas que requieren una actuación coordinada de todos los profesionales. El Celador puede participar en diferentes funciones de apoyo, acompañamiento y traslado dentro de las competencias asignadas a su categoría. La atención a personas con problemas de salud mental debe basarse en el respeto, la dignidad y la ausencia de estigmatización, manteniendo simultáneamente las medidas de seguridad establecidas. El objetivo de este trabajo es analizar los principios que deben orientar la actuación del Celador en unidades de salud mental. Se realizó una revisión narrativa de legislación sobre autonomía y derechos de los pacientes y documentación relacionada con salud mental y prevención de riesgos. Los resultados destacan la importancia de una comunicación calmada, observación y comunicación de incidencias, conocimiento de protocolos y coordinación con el personal sanitario. Se concluye que la formación específica puede favorecer una actuación más segura y respetuosa.

Palabras clave: Celador; salud mental; seguridad; comunicación; humanización; hospital.

Introducción

Los problemas de salud mental comprenden situaciones muy diversas y no deben asociarse automáticamente con conductas peligrosas.

El estigma constituye una barrera importante para las personas que necesitan atención.

En determinadas unidades, el Celador desarrolla funciones de apoyo relacionadas con traslados, acompañamiento y otras actividades propias de su categoría.

La forma de comunicación adquiere especial relevancia cuando una persona se encuentra angustiada, desorientada o agitada.

El Celador no realiza valoraciones clínicas, pero puede observar cambios o incidencias durante el desarrollo de sus funciones y comunicarlos al personal sanitario.

Cuando existe una situación de riesgo deben aplicarse los protocolos establecidos por la institución.

El objetivo de este trabajo es analizar los principios de actuación aplicables al Celador en las unidades de salud mental.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación sanitaria y documentación relacionada con salud mental, derechos del paciente, seguridad y prevención de violencia.

Los contenidos se agruparon en comunicación, acompañamiento, seguridad, respeto y coordinación.

Resultados

La comunicación respetuosa constituye un elemento básico de la atención.

Debe evitarse utilizar etiquetas o expresiones estigmatizantes.

El Celador debe seguir las indicaciones del equipo sanitario cuando la situación de un paciente requiera medidas específicas de acompañamiento o traslado.

Ante cambios de comportamiento o incidencias observadas, la información debe comunicarse al profesional responsable.

En situaciones de agitación, la actuación debe ajustarse a los protocolos del centro, evitando intervenciones improvisadas.

La privacidad y confidencialidad deben mantenerse con los mismos criterios aplicables al resto de pacientes.

Discusión

La atención en salud mental requiere equilibrar seguridad y respeto a los derechos de las personas.

El diagnóstico de un trastorno mental no implica por sí mismo que una persona sea peligrosa.

Por este motivo, las medidas de seguridad deben responder a la situación concreta y a las indicaciones profesionales, no a prejuicios.

El Celador debe conocer los protocolos específicos de la unidad y mantener una comunicación profesional.

La formación en prevención de conflictos y reducción del estigma puede mejorar la calidad de la atención.

Conclusiones

El Celador puede desempeñar funciones relevantes de apoyo en las unidades de salud mental.

La atención debe basarse en el respeto y ausencia de estigmatización.

Las situaciones de riesgo deben gestionarse siguiendo los protocolos establecidos.

El Celador debe comunicar las incidencias observadas al personal responsable.

La coordinación con el equipo sanitario es esencial.

La formación específica favorece una actuación segura y humanizada.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

World Health Organization. (2022). *World mental health report: Transforming mental health for all*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Guidance on community mental health services: Promoting person-centred and rights-based approaches*. WHO.

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

Confidencialidad e intimidad del paciente en las funciones del Celador sanitario

Resumen

El respeto a la intimidad y confidencialidad constituye un principio fundamental de la atención sanitaria y afecta a todos los profesionales que trabajan en una institución sanitaria. Aunque el Celador no desarrolla funciones de diagnóstico o tratamiento, su actividad puede situarlo en contacto con pacientes y con información que debe mantenerse protegida. El objetivo del presente trabajo es analizar las principales obligaciones relacionadas con intimidad, discreción y confidencialidad aplicables al Celador. Se realizó una revisión narrativa de legislación española y europea relacionada con autonomía del paciente y protección de datos. Los resultados muestran la importancia de evitar conversaciones sobre pacientes en espacios inadecuados, proteger la documentación durante los traslados, respetar la intimidad física y limitar la utilización de la información a las necesidades profesionales. Se concluye que la confidencialidad constituye una obligación transversal y que el Celador debe integrarla en todas sus actuaciones.

Palabras clave: Celador; confidencialidad; intimidad; protección de datos; paciente; privacidad.

Introducción

La relación entre una persona y una institución sanitaria genera información especialmente sensible.

La protección de esta información no corresponde únicamente a médicos, enfermeros o personal administrativo.

Todos los trabajadores que, debido a sus funciones, puedan conocer información relacionada con pacientes deben mantener la discreción y respetar la normativa aplicable.

El Celador puede conocer determinados datos durante traslados, acompañamientos o por su presencia en diferentes unidades.

Asimismo, participa en situaciones en las que debe protegerse la intimidad física del paciente.

La confidencialidad continúa existiendo fuera del horario laboral y no desaparece cuando la información se conoce accidentalmente.

El objetivo del presente trabajo es analizar las principales medidas que debe adoptar el Celador para proteger la privacidad de los pacientes.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación española y europea sobre autonomía del paciente, protección de datos y confidencialidad.

Los contenidos se clasificaron en información verbal, documentación, intimidad física, utilización de dispositivos y deber de discreción.

Resultados

La información conocida durante el trabajo no debe comentarse con personas que no necesiten conocerla por motivos profesionales.

Los pasillos, ascensores, cafeterías y espacios públicos no constituyen lugares adecuados para mantener conversaciones sobre información confidencial.

Cuando el Celador transporta documentación conforme a los procedimientos del centro, debe protegerla frente a accesos o visualizaciones no autorizadas.

La intimidad física también debe preservarse durante traslados y movilizaciones mediante los recursos disponibles y procedimientos establecidos.

Los dispositivos personales y redes sociales no deben utilizarse para fotografiar, grabar o difundir información de pacientes.

Cuando una persona solicita información clínica que no corresponde proporcionar al Celador, debe ser derivada al profesional o unidad competente.

Discusión

La confidencialidad puede vulnerarse sin necesidad de acceder directamente a una historia clínica.

Escuchar una conversación o conocer la identidad de una persona ingresada puede proporcionar información que requiere discreción.

El contacto del Celador con numerosas unidades hace especialmente importante mantener una conducta profesional.

También debe diferenciarse entre ser amable y proporcionar información que no corresponde facilitar.

La formación en protección de datos permite reconocer situaciones cotidianas que pueden generar riesgos para la privacidad.

Conclusiones

La confidencialidad constituye una obligación aplicable al Celador sanitario.

La información conocida durante el trabajo debe utilizarse exclusivamente para las funciones profesionales correspondientes.

Las conversaciones sobre pacientes deben evitarse en espacios públicos.

La documentación debe protegerse durante su traslado.

La intimidad física del paciente debe respetarse durante movilizaciones y desplazamientos.

Las solicitudes de información que excedan las competencias del Celador deben derivarse al profesional correspondiente.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016*. Diario Oficial de la Unión Europea, L 119.

Humanización de la atención sanitaria: compromiso compartido por el personal sanitario y no sanitario

Resumen

La humanización de la atención constituye un enfoque orientado a situar a la persona, su dignidad, necesidades y derechos en el centro de la actividad de las instituciones sanitarias. Aunque suele relacionarse principalmente con la asistencia clínica, la experiencia del usuario depende de múltiples contactos con profesionales sanitarios y no sanitarios. El presente trabajo está dirigido expresamente al **personal sanitario y no sanitario** de hospitales, centros de salud y otras instituciones sanitarias. Su objetivo es analizar los principales elementos de una atención humanizada y destacar el papel de todas las categorías profesionales. Se realizó una revisión narrativa de legislación y documentación institucional relacionada con derechos del paciente, calidad y atención centrada en la persona. Los resultados muestran la importancia del respeto a la dignidad, intimidad, autonomía, comunicación, empatía y adaptación de la atención a las necesidades individuales. Se concluye que la humanización constituye una responsabilidad transversal que debe integrarse tanto en los procesos asistenciales como administrativos, técnicos y de apoyo.

Palabras clave

Personal sanitario; personal no sanitario; humanización; atención sanitaria; dignidad; atención centrada en la persona.

Introducción

La calidad de la atención sanitaria no depende exclusivamente de los resultados clínicos. La forma en que una persona es recibida, informada, acompañada y tratada durante su relación con la institución influye también en su experiencia.

El usuario puede relacionarse con numerosos profesionales durante un mismo proceso: personal médico, de enfermería, técnicos, TCAE, celadores, administrativos, personal de limpieza, mantenimiento y otras categorías.

Cada interacción puede contribuir a generar una experiencia de respeto y confianza.

La humanización implica reconocer a la persona más allá de su enfermedad o del procedimiento que debe realizar.

Este enfoque incluye respeto a la intimidad, autonomía, valores y circunstancias personales.

Por ello, el presente trabajo está dirigido tanto al **personal sanitario como al personal no sanitario**, dado que la humanización debe estar presente en toda la organización.

El objetivo es analizar actuaciones transversales que pueden contribuir a una atención más respetuosa y centrada en la persona.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa y documental de legislación española sobre derechos de los pacientes y documentación relacionada con atención centrada en la persona y calidad asistencial.

Los contenidos fueron agrupados en cinco dimensiones: dignidad, comunicación, intimidad, autonomía y adaptación de la atención.

No se realizaron encuestas ni intervenciones con pacientes o trabajadores.

Resultados

La revisión muestra que el respeto a la dignidad constituye un principio fundamental de la atención.

La forma de dirigirse al usuario, presentarse y explicar las actuaciones contribuye a establecer una relación profesional adecuada.

La intimidad debe mantenerse durante procedimientos asistenciales, traslados, conversaciones y gestiones administrativas.

La autonomía constituye otro elemento esencial. Siempre que corresponda, debe favorecerse que la persona participe en las decisiones y actuaciones que le afectan.

La comunicación debe adaptarse a las características individuales, evitando tecnicismos innecesarios cuando dificulten la comprensión.

El personal no sanitario debe proporcionar únicamente la información correspondiente a sus competencias y derivar las cuestiones clínicas al profesional adecuado.

Discusión

Humanizar no significa únicamente adoptar una actitud amable.

La humanización requiere que la organización diseñe procedimientos compatibles con la dignidad, intimidad y necesidades de los usuarios.

Un profesional puede mostrar una actitud respetuosa, pero determinadas barreras organizativas pueden dificultar una experiencia adecuada.

Por ello, las estrategias de humanización deben combinar actuaciones individuales y organizativas.

También debe evitarse considerar la humanización como una responsabilidad exclusiva del personal asistencial. Un usuario puede valorar negativamente su experiencia por problemas relacionados con orientación, información administrativa o trato recibido en cualquier punto del recorrido.

Conclusiones

La humanización constituye una responsabilidad compartida por el personal sanitario y no sanitario.

La dignidad y el respeto deben mantenerse durante toda la relación con el usuario.

La intimidad debe protegerse en los ámbitos asistenciales y no asistenciales.

La comunicación debe adaptarse a las necesidades de cada persona.

Cada categoría debe respetar los límites de sus competencias.

La humanización debe integrarse en la cultura general de las instituciones sanitarias.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. WHO.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. WHO.

Igualdad y no discriminación en instituciones sanitarias: responsabilidad del personal sanitario y no sanitario

Resumen

Las instituciones sanitarias atienden a una población diversa en edad, sexo, origen, situación socioeconómica, discapacidad y otras características personales. Garantizar un trato respetuoso e igualitario constituye un principio fundamental de la atención. El presente trabajo está dirigido expresamente al **personal sanitario y no sanitario**, dado que cualquier interacción dentro de una institución puede influir en la percepción y ejercicio efectivo de los derechos de los usuarios. El objetivo es analizar los principios de igualdad y no discriminación aplicables al entorno sanitario y describir buenas prácticas transversales. Se realizó una revisión narrativa de legislación española y documentación institucional sobre igualdad, discapacidad y derechos. Los resultados destacan la importancia de evitar estereotipos, utilizar una comunicación respetuosa, aplicar los procedimientos de manera objetiva y realizar los ajustes previstos cuando sean necesarios para garantizar la accesibilidad. Se concluye que la igualdad debe integrarse en la actuación cotidiana de todas las categorías profesionales.

Palabras clave

Personal sanitario; personal no sanitario; igualdad; no discriminación; diversidad; derechos; sanidad.

Introducción

Los centros sanitarios constituyen espacios de atención universal en los que coinciden personas con características y necesidades muy diferentes.

La diversidad forma parte de la realidad cotidiana de cualquier institución sanitaria.

Las diferencias personales no deberían generar un trato desfavorable o limitar injustificadamente el acceso a los servicios.

La discriminación puede producirse de forma directa, pero también mediante procedimientos aparentemente neutros que generan barreras para determinadas personas.

El personal sanitario participa directamente en la asistencia, mientras que el personal no sanitario interviene en admisión, información, traslado, limpieza, mantenimiento y numerosos procesos.

Por tanto, el presente trabajo está dirigido al **personal sanitario y no sanitario**.

El objetivo es analizar principios generales para favorecer una atención igualitaria y respetuosa.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre igualdad, discapacidad y no discriminación, además de documentación internacional sobre equidad sanitaria.

La información se clasificó en trato, comunicación, accesibilidad, autonomía y prevención de estereotipos.

Resultados

La revisión muestra que todas las personas deben recibir un trato respetuoso con independencia de sus características personales.

Los estereotipos pueden condicionar de forma inconsciente determinadas interacciones profesionales.

La discapacidad no debe llevar automáticamente a dirigirse al acompañante en lugar de a la persona atendida.

Las dificultades lingüísticas o comunicativas deben gestionarse utilizando los recursos establecidos por la institución cuando estén disponibles.

La accesibilidad requiere contemplar barreras físicas, sensoriales, cognitivas y tecnológicas.

Las normas y procedimientos deben aplicarse conforme a criterios objetivos, respetando las adaptaciones previstas legal u organizativamente.

Discusión

La igualdad no implica tratar necesariamente a todas las personas de manera idéntica.

Determinadas situaciones requieren adaptaciones para que una persona pueda acceder al servicio en condiciones de igualdad.

Por ejemplo, proporcionar un recurso de accesibilidad no supone un privilegio, sino una medida destinada a reducir una barrera.

La formación del personal sanitario y no sanitario puede contribuir a reconocer prejuicios y comportamientos que, aun sin intención discriminatoria, pueden afectar negativamente al usuario.

La diversidad debe abordarse desde una perspectiva profesional y respetuosa.

Conclusiones

La igualdad y la no discriminación son principios aplicables a todas las categorías profesionales.

El personal sanitario y no sanitario debe mantener un trato respetuoso con todos los usuarios.

Los estereotipos pueden generar barreras y deben evitarse.

La accesibilidad constituye un componente de la igualdad efectiva.

Las adaptaciones deben aplicarse conforme a los recursos y procedimientos establecidos.

La formación en diversidad e igualdad contribuye a mejorar la calidad de la atención.

Bibliografía

España. (1978). *Constitución Española*. Boletín Oficial del Estado, 311.

España. (2013). *Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social*. Boletín Oficial del Estado, 289.

España. (2022). *Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación*. Boletín Oficial del Estado, 167.

World Health Organization. (2022). *Global report on health equity for persons with disabilities*. WHO.

Resumen

La transformación digital de las instituciones sanitarias ha incrementado la utilización de sistemas informáticos para desarrollar actividades asistenciales, administrativas, técnicas y organizativas. Esta dependencia tecnológica hace necesario adoptar medidas de ciberseguridad que involucren a todos los trabajadores. El presente trabajo está dirigido al **personal sanitario y no sanitario** que utiliza equipos, aplicaciones o sistemas digitales dentro de instituciones sanitarias. Su objetivo es analizar los principales riesgos relacionados con el uso cotidiano de tecnologías y describir buenas prácticas aplicables de manera transversal. Se realizó una revisión narrativa de normativa y documentación institucional sobre seguridad de la información y protección de datos. Los resultados muestran la importancia de proteger las credenciales, reconocer mensajes fraudulentos, mantener bloqueadas las sesiones cuando no se utilizan, emplear únicamente herramientas autorizadas y comunicar rápidamente posibles incidentes. Se concluye que la ciberseguridad no constituye exclusivamente una responsabilidad de los departamentos informáticos, sino una dimensión transversal de la actividad sanitaria.

Palabras clave

Personal sanitario; personal no sanitario; ciberseguridad; protección de datos; seguridad de la información; digitalización.

Introducción

Los sistemas digitales forman parte del funcionamiento cotidiano de las instituciones sanitarias.

El personal sanitario utiliza aplicaciones relacionadas con la asistencia, mientras que diferentes categorías no sanitarias emplean sistemas administrativos, logísticos, de mantenimiento y gestión.

Esta digitalización aporta importantes ventajas, pero también introduce riesgos.

Los ataques mediante ingeniería social, robo de credenciales o programas maliciosos pueden aprovechar acciones cotidianas de los usuarios.

Por ello, la seguridad tecnológica no puede depender únicamente de los profesionales informáticos.

Este trabajo está dirigido al **personal sanitario y no sanitario**, ya que cualquier trabajador autorizado para utilizar un sistema puede contribuir a mantener su seguridad.

El objetivo es revisar buenas prácticas básicas de ciberseguridad aplicables en las instituciones sanitarias.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre seguridad de los sistemas de información y protección de datos, junto con documentación institucional sobre ciberseguridad.

Los contenidos fueron agrupados en credenciales, correo electrónico, dispositivos, accesos e incidentes.

Resultados

Las contraseñas y demás credenciales deben utilizarse exclusivamente por la persona autorizada y mantenerse protegidas.

Las sesiones abiertas en equipos desatendidos pueden facilitar accesos no autorizados, por lo que deben bloquearse cuando corresponda.

El correo electrónico constituye una posible vía de entrada de mensajes fraudulentos. Los enlaces, archivos adjuntos y solicitudes inesperadas deben tratarse con precaución.

Los trabajadores deben utilizar los dispositivos y aplicaciones autorizados por la organización para desarrollar sus funciones.

Cuando se detecta una actividad sospechosa, comunicarla rápidamente a los responsables establecidos puede limitar sus consecuencias.

Asimismo, el acceso a la información debe responder a una necesidad profesional y no simplemente a la posibilidad técnica de consultarla.

Discusión

La ciberseguridad posee una importante dimensión humana.

Incluso sistemas técnicamente avanzados pueden verse comprometidos si un usuario facilita involuntariamente sus credenciales.

Esto no significa trasladar toda la responsabilidad al trabajador. Las organizaciones deben disponer de sistemas seguros, formación, procedimientos y recursos adecuados.

La formación debe dirigirse a personal sanitario y no sanitario, adaptándose a las herramientas que utiliza cada categoría.

También resulta importante desarrollar una cultura en la que los posibles incidentes puedan comunicarse rápidamente.

Conclusiones

La ciberseguridad afecta al personal sanitario y no sanitario.

Las credenciales profesionales deben mantenerse protegidas.

Las sesiones deben bloquearse cuando los equipos quedan desatendidos.

Los mensajes y archivos sospechosos requieren especial precaución.

Los sistemas y dispositivos deben utilizarse conforme a las políticas institucionales.

La comunicación temprana de incidentes contribuye a reducir sus posibles consecuencias.

Bibliografía

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

España. (2022). *Real Decreto 311/2022, de 3 de mayo, por el que se regula el Esquema Nacional de Seguridad*. Boletín Oficial del Estado, 106.

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679*. Diario Oficial de la Unión Europea.

Instituto Nacional de Ciberseguridad. (s. f.). *Recursos de ciberseguridad*. INCIBE.

Preparación ante emergencias en centros sanitarios: actuación del personal sanitario y no sanitario

Resumen

Los hospitales, centros de salud y otras instituciones sanitarias deben estar preparados para responder ante incendios, fallos de instalaciones y otras

situaciones de emergencia. La complejidad aumenta por la presencia de pacientes hospitalizados, personas con movilidad reducida y equipamientos específicos. El presente trabajo está dirigido expresamente al **personal sanitario y no sanitario**, ya que la respuesta eficaz requiere la coordinación de todas las categorías conforme a las funciones establecidas en los planes de emergencia y autoprotección. El objetivo es analizar los principios generales de actuación ante una emergencia. Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre prevención de riesgos y autoprotección. Los resultados destacan la necesidad de conocer los sistemas de alarma, vías de evacuación, puntos de reunión, mecanismos de comunicación y responsabilidades asignadas. Se concluye que la formación y los simulacros constituyen elementos esenciales para preparar al conjunto de los trabajadores.

Palabras clave: Personal sanitario; personal no sanitario; emergencias; autoprotección; evacuación; seguridad.

Introducción

Una situación de emergencia requiere una respuesta rápida y organizada.

En los centros sanitarios esta respuesta presenta una dificultad especial debido a las características de sus ocupantes.

Algunos pacientes pueden evacuar de manera autónoma, mientras que otros requieren ayuda o medidas específicas.

Además, determinadas áreas pueden contener equipos o instalaciones que deben contemplarse en los planes de emergencia.

Todo el personal necesita conocer las instrucciones básicas aplicables a su puesto.

Esto incluye tanto al **personal sanitario como al personal no sanitario**, aunque sus responsabilidades concretas sean diferentes.

El objetivo del presente trabajo es analizar los elementos fundamentales de la preparación ante emergencias desde una perspectiva transversal.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación española sobre prevención de riesgos laborales y autoprotección.

La información se agrupó en prevención, detección y alarma, comunicación, evacuación y formación.

No se realizaron simulacros ni evaluaciones de edificios concretos.

Resultados

La revisión muestra que los trabajadores deben conocer las actuaciones previstas en el plan correspondiente.

Las vías y salidas de evacuación deben mantenerse accesibles y correctamente señalizadas.

Ante una emergencia, debe utilizarse el procedimiento establecido para transmitir la alarma y comunicar la incidencia.

El personal sanitario puede tener responsabilidades específicas relacionadas con los pacientes a su cargo.

El personal no sanitario puede desempeñar funciones de apoyo, información, movilización, control de accesos u otras actuaciones según su categoría y el plan del centro.

La improvisación puede aumentar el riesgo cuando contradice los procedimientos establecidos.

Los simulacros permiten familiarizar a los trabajadores con las actuaciones previstas e identificar oportunidades de mejora.

Discusión

La existencia de un documento de autoprotección no garantiza por sí misma una respuesta adecuada.

Los trabajadores deben conocer las partes del plan que afectan a sus funciones.

La formación transversal es especialmente importante porque una emergencia puede producirse en cualquier momento y área.

Cada categoría debe conocer sus responsabilidades y evitar asumir funciones para las que no está preparada.

La realización periódica de simulacros permite convertir los procedimientos teóricos en actuaciones conocidas.

Conclusiones

La preparación ante emergencias implica al personal sanitario y no sanitario.

Cada profesional debe conocer las funciones asignadas a su puesto.

Las vías de evacuación deben permanecer accesibles.

La comunicación rápida y estructurada resulta esencial.

Las necesidades de los pacientes deben contemplarse en la planificación.

La formación y los simulacros contribuyen a mejorar la respuesta colectiva.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

España. (2007). *Real Decreto 393/2007, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección*. Boletín Oficial del Estado, 72.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s. f.). *Medidas de emergencia y evacuación*. INSST.

Bienestar emocional y prevención de riesgos psicosociales en instituciones sanitarias: enfoque para personal sanitario y no sanitario

Resumen

Las instituciones sanitarias son entornos de trabajo complejos en los que pueden aparecer elevada carga laboral, presión temporal, contacto con situaciones emocionalmente difíciles, conflictos interpersonales y otras condiciones capaces de afectar al bienestar de los trabajadores. Estos factores no afectan exclusivamente a las profesiones asistenciales. El presente trabajo está dirigido

al **personal sanitario y no sanitario** de las instituciones sanitarias y tiene como objetivo analizar los principales factores psicosociales y las estrategias organizativas de prevención. Se realizó una revisión narrativa de normativa española y documentación de organismos especializados en salud laboral. Los resultados muestran que la prevención debe actuar sobre la organización del trabajo, comunicación, cargas, apoyo profesional, claridad de funciones y prevención de violencia y acoso. Se concluye que el bienestar laboral debe abordarse desde una perspectiva organizativa y preventiva, evitando atribuir exclusivamente al trabajador la responsabilidad de gestionar condiciones laborales adversas.

Palabras clave: Personal sanitario; personal no sanitario; riesgos psicosociales; bienestar laboral; estrés; salud laboral.

Introducción

El trabajo puede constituir una fuente de satisfacción y desarrollo profesional, pero determinadas condiciones organizativas pueden afectar negativamente a la salud.

Los riesgos psicosociales están relacionados con aspectos de la organización, contenido y relaciones del trabajo.

En las instituciones sanitarias existen numerosos factores potencialmente relevantes: presión temporal, trabajo a turnos en determinadas categorías, atención a usuarios, exposición a situaciones emocionalmente difíciles y conflictos.

Estas circunstancias pueden afectar tanto al personal sanitario como al no sanitario, aunque su intensidad y características varían según el puesto.

La prevención no debe limitarse a recomendar al trabajador que gestione individualmente el estrés.

La organización posee una responsabilidad fundamental en la identificación y control de los factores de riesgo.

El objetivo del presente trabajo es analizar los principales elementos de prevención psicosocial aplicables transversalmente a las instituciones sanitarias.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre prevención de riesgos laborales y documentación del Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo y de organismos internacionales.

Los contenidos se clasificaron en carga de trabajo, organización, comunicación, apoyo, violencia y prevención.

Resultados

La revisión muestra que una carga de trabajo inadecuada puede constituir un factor de riesgo psicosocial cuando se mantiene en el tiempo.

La falta de claridad sobre las responsabilidades puede generar conflictos y aumentar la tensión.

La comunicación organizativa adecuada permite conocer cambios, procedimientos y responsabilidades.

El apoyo de compañeros y responsables constituye un factor relevante dentro del entorno laboral.

La violencia y el acoso requieren procedimientos específicos de prevención y actuación.

Las evaluaciones de riesgos psicosociales permiten identificar problemas y orientar medidas organizativas.

La formación individual puede ser útil, pero no debe sustituir las intervenciones sobre las condiciones de trabajo cuando estas constituyen el origen del riesgo.

Discusión

El bienestar laboral no puede reducirse a la capacidad individual para soportar situaciones de presión.

Promover exclusivamente técnicas individuales de afrontamiento puede resultar insuficiente si permanecen sin modificar los factores organizativos.

La prevención debe seguir los principios generales establecidos para los riesgos laborales, priorizando las actuaciones sobre el origen del riesgo cuando sea posible.

La diversidad de categorías de una institución sanitaria implica que los factores psicosociales pueden ser diferentes según cada puesto.

Por ello, las medidas deben combinar estrategias generales con intervenciones adaptadas a las características de cada área.

Conclusiones

Los riesgos psicosociales pueden afectar al personal sanitario y no sanitario.

La prevención debe formar parte de la gestión general de seguridad y salud laboral.

La carga de trabajo, comunicación y claridad de funciones constituyen factores relevantes.

La violencia y el acoso requieren medidas específicas de prevención.

Las intervenciones organizativas son fundamentales y no deben sustituirse únicamente por estrategias individuales.

Promover entornos laborales saludables beneficia a los trabajadores y al funcionamiento de las instituciones sanitarias.

Bibliografía

España. (1995). *Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales*. Boletín Oficial del Estado, 269.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. (s. f.). *Riesgos psicosociales*. INSST.

World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on mental health at work*. WHO.

World Health Organization & International Labour Organization. (2022). *Mental health at work: Policy brief*. WHO.

ERGONOMÍA Y PREVENCIÓN DE TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS EN EL TRABAJO PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Los trastornos musculoesqueléticos constituyen uno de los problemas de salud laboral más extendidos y pueden afectar a prácticamente cualquier categoría profesional. No son exclusivos del personal que manipula grandes pesos ni de los trabajos tradicionalmente considerados físicos.

Una auxiliar puede sufrir una lesión al movilizar a una persona; un administrativo puede desarrollar molestias cervicales por una mala disposición de la pantalla; un trabajador de limpieza puede sufrir problemas de hombro como consecuencia de movimientos repetitivos; un empleado de cocina puede adoptar posturas

forzadas; un profesional de mantenimiento puede manipular herramientas o cargas pesadas y un trabajador de almacén puede realizar cientos de pequeños esfuerzos a lo largo de una jornada.

El INSST señala que los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral pueden afectar a distintas regiones del cuerpo, especialmente espalda y extremidades superiores, y que su origen suele ser multifactorial, incluyendo factores físicos, organizativos y psicosociales.

- **Qué entendemos por ergonomía**

La ergonomía busca adaptar el trabajo a las características de las personas y no obligar permanentemente a las personas a adaptarse a puestos mal diseñados.

Este principio tiene una enorme importancia preventiva.

La Ley 31/1995 incluye entre los principios generales de la acción preventiva la adaptación del trabajo a la persona, especialmente en lo relativo a la concepción de los puestos, la elección de equipos y los métodos de trabajo.

La ergonomía no consiste simplemente en aprender a sentarse correctamente o en recibir instrucciones sobre cómo levantar una caja. También implica revisar alturas de trabajo, espacios disponibles, diseño del mobiliario, herramientas, organización de las tareas, ritmos, pausas y medios auxiliares.

- **Manipulación manual de cargas**

El Real Decreto 487/1997 regula específicamente la manipulación manual de cargas cuando puede entrañar riesgos, especialmente dorsolumbares.

La normativa considera manipulación manual operaciones como levantar, colocar, empujar, arrastrar, transportar o sujetar una carga.

El concepto de carga no debe limitarse a cajas o paquetes. También puede incluir la movilización de personas, circunstancia especialmente relevante en los ámbitos sanitario, sociosanitario o asistencial.

El riesgo depende de diversos factores: peso, tamaño, estabilidad y posibilidad de agarre de la carga; postura necesaria para manipularla; frecuencia de la tarea; distancia de transporte; condiciones del suelo y características individuales de la persona.

Por eso no existe una técnica de levantamiento que convierta automáticamente en segura cualquier carga.

La primera medida preventiva debe ser evitar la manipulación manual cuando resulte posible, empleando medios mecánicos o modificando la organización del trabajo. El Real Decreto 487/1997 prioriza precisamente evitar la manipulación manual mediante medidas organizativas o medios adecuados cuando exista riesgo.

- **Medios auxiliares y trabajo en equipo**

Carros, transpaletas, grúas, mesas elevadoras, dispositivos de transferencia y otras ayudas pueden reducir considerablemente el esfuerzo físico.

Pero disponer del equipo no es suficiente. Tiene que encontrarse accesible, mantenerse correctamente y el personal debe conocer su funcionamiento.

En ocasiones una ayuda técnica existe, pero está almacenada lejos del lugar donde se necesita o utilizarla requiere tanto tiempo que termina evitándose. Ese tipo de situaciones debe analizarse desde la organización preventiva.

Cuando una tarea requiere la intervención de varias personas, debe existir coordinación. Realizar movimientos simultáneos sin una señal clara puede generar esfuerzos inesperados y lesiones.

El INSST subraya que, en la movilización de personas, deben considerarse la dotación de personal, las ayudas mecánicas, la organización de las tareas y la coordinación entre quienes realizan la movilización.

- **Posturas forzadas**

No todas las lesiones tienen origen en un gran esfuerzo puntual.

Mantener durante mucho tiempo el cuello inclinado, trabajar con los brazos elevados, permanecer agachado, realizar torsiones continuas o trabajar en espacios reducidos también puede generar problemas.

Un trabajador de limpieza puede mantener el brazo en posiciones elevadas durante determinadas tareas. Un profesional sanitario puede inclinarse repetidamente sobre una cama. Un administrativo puede utilizar durante horas una pantalla colocada lateralmente. Un trabajador de cocina puede realizar tareas sobre una superficie situada a una altura inadecuada.

La postura debe evaluarse teniendo en cuenta tanto su intensidad como el tiempo durante el que se mantiene.

Una postura moderadamente incómoda puede convertirse en problemática cuando se repite cientos de veces o se mantiene durante varias horas.

- **Movimientos repetitivos**

Los movimientos repetidos afectan especialmente a extremidades superiores.

Teclear, utilizar un ratón, preparar material, limpiar superficies, manipular alimentos o utilizar determinadas herramientas pueden implicar ciclos repetidos.

La prevención puede requerir modificar herramientas, cambiar la distribución del puesto, alternar tareas, introducir pausas o reducir la frecuencia de determinados movimientos.

Una vez más, la solución no puede limitarse a enseñar al trabajador a soportar mejor el esfuerzo. Debe estudiarse la tarea.

- **Trabajo con pantallas**

El uso de ordenadores afecta actualmente a categorías profesionales muy diferentes. Incluso puestos tradicionalmente alejados del trabajo administrativo utilizan aplicaciones informáticas para registrar actuaciones, consultar información o comunicar incidencias.

El Real Decreto 488/1997 establece disposiciones mínimas de seguridad y salud para el trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.

La pantalla debería situarse de forma que permita trabajar sin giros continuos de cabeza. La silla debe favorecer una posición estable y el puesto debe permitir cambios posturales.

El teclado y el ratón deben colocarse de manera que puedan utilizarse sin mantener una tensión innecesaria en hombros, brazos o muñecas.

También deben evitarse reflejos y condiciones de iluminación que dificulten la visualización.

Sin embargo, incluso un puesto correctamente diseñado puede generar fatiga si se utiliza durante muchas horas sin cambios de actividad. La organización del tiempo sigue formando parte de la ergonomía.

- **Dolor no significa normalidad**

Un problema frecuente en determinadas profesiones es considerar normales las molestias físicas.

Expresiones como “este trabajo siempre ha dado dolor de espalda” pueden provocar que situaciones prevenibles se mantengan durante años.

La existencia histórica de un problema no significa que deba aceptarse.

Cuando las molestias se repiten en varias personas que realizan la misma tarea, es necesario analizar el puesto y determinar si existen factores de riesgo comunes.

La vigilancia de la salud puede contribuir a detectar precozmente determinados problemas, pero no sustituye a la evaluación y corrección de las condiciones de trabajo.

- **La importancia de la organización**

Los trastornos musculoesqueléticos no dependen únicamente del peso levantado o de la postura adoptada.

La falta de tiempo puede llevar a omitir una ayuda mecánica. Una plantilla insuficiente puede hacer que una tarea prevista para dos personas termine realizándose por una sola. Un almacén mal organizado puede obligar a realizar esfuerzos innecesarios.

Por este motivo, el INSST considera que los TME tienen un origen multifactorial.

La prevención debe combinar medidas técnicas, organizativas y formativas.

- **Medidas sencillas que producen grandes mejoras**

Pequeños cambios pueden tener un efecto significativo: modificar la altura de una mesa, acercar el material de uso frecuente, reducir la profundidad de una estantería, colocar correctamente una pantalla o disponer de un carro para transportar material.

Pero cuando el riesgo exige una modificación de mayor alcance, esta no debe sustituirse por recomendaciones genéricas sobre higiene postural.

La prioridad debe ser siempre eliminar o reducir el riesgo en su origen.

La ergonomía eficaz no consiste en enseñar a trabajar en un puesto inadecuado. Consiste en conseguir que el puesto, el equipo y la organización permitan trabajar de la forma más segura posible.

- **Bibliografía**

- España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- España. Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre manipulación manual de cargas.
- España. Real Decreto 488/1997, de 14 de abril, sobre trabajo con equipos que incluyen pantallas de visualización.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas*. Edición 2024.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Métodos de evaluación de riesgos derivados de la manipulación manual de cargas*. 2023.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre trastornos musculoesqueléticos y riesgos ergonómicos.

ORDEN, LIMPIEZA Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN LOS LUGARES DE TRABAJO PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

La prevención de riesgos laborales suele asociarse a situaciones complejas, equipos de protección o riesgos propios de determinadas profesiones. Sin embargo, una parte importante de los accidentes laborales tiene su origen en circunstancias mucho más cotidianas: un suelo mojado, una caja colocada en una zona de paso, un cable atravesando un pasillo, un cajón abierto o materiales almacenados de forma inadecuada.

El orden y la limpieza constituyen, por ello, una de las medidas preventivas más básicas y al mismo tiempo más universales. Afectan tanto a una planta hospitalaria como a una oficina administrativa, una cocina, un almacén, un taller, un centro educativo, una residencia, un laboratorio o cualquier dependencia de servicios generales.

La normativa española establece que las zonas de paso, salidas y vías de circulación, especialmente las previstas para una posible evacuación, deben permanecer libres de obstáculos. Asimismo, los lugares de trabajo y sus instalaciones deben limpiarse periódicamente y siempre que resulte necesario para mantener unas condiciones higiénicas adecuadas.

- **Un riesgo cotidiano que no debe normalizarse**

Las caídas al mismo nivel son uno de los ejemplos más claros. Basta con que exista agua en el suelo, un objeto abandonado en una zona de circulación o una superficie irregular para que se produzca un accidente.

En un centro sanitario puede tratarse de un líquido derramado en un pasillo; en una oficina, de una regleta o un cable situado en una zona de paso; en cocina, de restos de grasa o agua; en mantenimiento, de herramientas depositadas temporalmente en el suelo; y en un almacén, de cajas que sobresalen de la zona destinada al almacenamiento.

El problema aparece cuando estas circunstancias terminan considerándose normales porque llevan tiempo presentes. La prevención exige precisamente lo contrario: detectar una situación peligrosa antes de que termine provocando una lesión.

Una baldosa rota no se convierte en segura porque todo el mundo sepa dónde está. Un cable atravesando un pasillo sigue siendo un riesgo aunque los trabajadores habituales hayan aprendido a esquivarlo. Y un carro mal estacionado puede dificultar tanto el paso diario como una evacuación en una situación de emergencia.

- **Ordenar no significa simplemente guardar**

Mantener el orden implica establecer una organización lógica del espacio. Los materiales y equipos deben disponer de lugares definidos y adecuados, teniendo en cuenta su frecuencia de utilización, peso, dimensiones y características.

Los objetos utilizados con mayor frecuencia deberían situarse en zonas fácilmente accesibles. Los materiales pesados no deberían almacenarse innecesariamente a gran altura ni en posiciones que obliguen a adoptar posturas forzadas para recogerlos.

También debe evitarse utilizar pasillos, escaleras, rellanos o salidas de emergencia como lugares provisionales de almacenamiento. Lo provisional puede convertirse fácilmente en permanente si no existen procedimientos claros.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo recomienda eliminar lo innecesario, clasificar aquello que resulte útil, disponer de lugares adecuados para cada elemento y evitar que los materiales ocupen zonas de circulación.

- **La limpieza también es una medida de seguridad**

La limpieza no tiene únicamente una finalidad estética o higiénica. En muchos puestos constituye una verdadera medida preventiva.

Cuando se produce un derrame, la primera actuación debe orientarse a evitar que otras personas puedan sufrir un accidente. Siempre que sea posible, debe

eliminarse inmediatamente el riesgo. Si esto no resulta viable, será necesario delimitar o señalizar la zona hasta que pueda limpiarse adecuadamente.

La rapidez es particularmente importante en lugares donde existe una circulación continua de trabajadores, usuarios, pacientes, residentes o público.

Los procedimientos de limpieza deben considerar además el propio riesgo al que se expone el personal que realiza estas tareas. No tendría sentido prevenir una caída generando otro riesgo diferente mediante productos inadecuados, mezclas peligrosas o métodos de trabajo incorrectos.

Por ello, deben emplearse productos correctamente identificados, respetar sus instrucciones de uso y disponer de los equipos de protección que determine la evaluación de riesgos.

- **Almacenamiento seguro**

Otro aspecto esencial es el almacenamiento. Las estanterías deben encontrarse en buenas condiciones y utilizarse conforme a su capacidad. La carga debe distribuirse de manera estable, evitando colocar objetos pesados en posiciones desde las que puedan caer o resulte difícil manipularlos.

Los materiales nunca deberían acumularse de forma que dificulten el acceso a extintores, cuadros eléctricos, puertas, botiquines u otros elementos relacionados con la seguridad.

También debe prestarse atención a armarios, archivadores y cajones. Dejarlos abiertos después de utilizarlos puede ocasionar golpes y caídas. En oficinas y despachos, además, una distribución inadecuada del mobiliario puede reducir excesivamente las zonas de circulación.

La prevención no consiste únicamente en pedir a las personas que tengan cuidado. El espacio debe estar diseñado y organizado para que trabajar de forma segura sea lo habitual.

- **La importancia de comunicar las deficiencias**

Cuando una persona detecta una situación peligrosa que no puede solucionar directamente debe comunicarla mediante los procedimientos establecidos.

Puede tratarse de una luminaria averiada, una filtración de agua, una baldosa suelta, una puerta deteriorada, una estantería inestable o cualquier otra deficiencia.

La comunicación temprana permite intervenir antes de que se produzca el accidente.

Del mismo modo, la organización debe establecer mecanismos sencillos para comunicar estas incidencias y garantizar que son atendidas. De poco sirve

disponer de un sistema de comunicación si las incidencias se acumulan durante meses sin recibir respuesta.

La prevención requiere, por tanto, tanto la participación de los trabajadores como una actuación efectiva de la organización.

- **Vías de circulación y evacuación**

Las zonas de circulación merecen una atención especial porque son utilizadas por muchas personas a lo largo de la jornada.

El Real Decreto 486/1997 establece requisitos mínimos sobre las características de los lugares de trabajo y exige que las vías de circulación puedan utilizarse conforme a su finalidad de forma fácil y segura.

En una situación ordinaria, un obstáculo puede provocar una caída. En una emergencia, ese mismo obstáculo puede dificultar una evacuación.

Por ello, no deben colocarse carros, mobiliario, paquetes, equipos o cualquier otro elemento delante de salidas de emergencia o en recorridos previstos para la evacuación.

La seguridad debe mantenerse durante toda la jornada y no únicamente cuando se realiza una inspección.

- **Responsabilidad individual y responsabilidad organizativa**

Cada persona tiene una responsabilidad respecto al orden de su propio puesto, pero sería incorrecto trasladar toda la responsabilidad al trabajador.

La empresa o Administración debe proporcionar espacios suficientes, equipos adecuados, sistemas de almacenamiento, medios de limpieza, mantenimiento de las instalaciones y una organización del trabajo compatible con unas condiciones seguras.

Si un servicio carece de espacio suficiente y los trabajadores terminan almacenando sistemáticamente material en los pasillos, el problema no puede reducirse simplemente a recordarles que deben mantener el orden. Será necesario analizar las causas y buscar una solución organizativa.

Este enfoque es coherente con los principios de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales, que obliga a combatir los riesgos en su origen y a adaptar el trabajo a la persona.

- **Una cultura preventiva que empieza por lo cotidiano**

Muchas veces los accidentes graves llaman la atención y provocan cambios inmediatos, mientras que pequeños riesgos permanecen durante años porque se consideran poco relevantes.

Sin embargo, una buena cultura preventiva se reconoce precisamente en el tratamiento de esas situaciones cotidianas.

Retirar un obstáculo, comunicar una deficiencia, limpiar un derrame, cerrar un cajón, almacenar correctamente una caja o mantener despejada una salida son actuaciones sencillas que evitan accidentes.

La prevención eficaz no comienza después de que alguien se haya caído. Comienza cuando se identifica el riesgo y se actúa para que esa caída no llegue a producirse.

- **Bibliografía**

- España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Boletín Oficial del Estado.
- España. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *NTP 481: Orden y limpieza de lugares de trabajo*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Orden y limpieza. Un gran paso hacia la prevención*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre seguridad en los lugares de trabajo.

RIESGOS PSICOSOCIALES: ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO, ESTRÉS Y PREVENCIÓN PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Los riesgos psicosociales forman parte de la prevención de riesgos laborales igual que los riesgos físicos, químicos, biológicos o ergonómicos. Sin embargo, durante mucho tiempo han recibido menor atención, en parte porque sus causas y consecuencias no siempre resultan visibles de manera inmediata.

La presión de tiempo, la sobrecarga, una organización deficiente, la falta de autonomía, los conflictos, una comunicación inadecuada, la atención a situaciones emocionalmente difíciles o la imposibilidad de desconectar correctamente del trabajo pueden afectar a profesionales de cualquier categoría.

Un médico, un auxiliar administrativo, una persona de mantenimiento, una trabajadora de limpieza, un técnico, un trabajador social o un profesional de cocina pueden desarrollar su actividad en entornos completamente diferentes y, sin embargo, estar expuestos a factores psicosociales similares.

El INSST recuerda que la evaluación de riesgos debe contemplar todos los factores de riesgo, incluidos los de carácter psicosocial, y que su evaluación tiene como objetivo obtener información para establecer medidas de mejora adaptadas a las condiciones concretas de trabajo.

- **El estrés no depende únicamente de la persona**

En ocasiones el estrés laboral se aborda como si fuera exclusivamente una cuestión de capacidad individual para afrontar las dificultades.

Este planteamiento es insuficiente.

Dos personas pueden reaccionar de manera diferente ante una misma situación, pero eso no elimina la obligación de evaluar si las condiciones de trabajo generan un riesgo.

Cuando existe una carga de trabajo persistentemente excesiva, funciones poco claras, falta de recursos, cambios constantes sin información suficiente o una organización que obliga a trabajar permanentemente con urgencia, el problema no puede resolverse únicamente recomendando técnicas individuales de relajación.

Las medidas individuales pueden resultar útiles, pero la intervención preventiva debe actuar preferentemente sobre las condiciones organizativas que originan el riesgo. Esta orientación aparece expresamente en la documentación técnica del INSST.

- **Carga de trabajo**

La carga de trabajo puede ser excesiva tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo.

Existe sobrecarga cuantitativa cuando el volumen de tareas supera el tiempo o los recursos disponibles.

La sobrecarga cualitativa aparece cuando las tareas exigen conocimientos, atención o responsabilidades superiores a los recursos proporcionados al trabajador.

También puede existir el problema contrario: tareas excesivamente monótonas, repetitivas o carentes de variedad.

El análisis preventivo debe valorar si la plantilla es suficiente, si los procedimientos son claros y si existen medios adecuados para realizar el trabajo.

- **Autonomía y capacidad de decisión**

La posibilidad de organizar determinados aspectos del propio trabajo puede influir en el bienestar laboral.

Un puesto completamente rígido, en el que la persona carece de margen para ordenar tareas, gestionar pequeñas incidencias o adaptar su ritmo cuando resulta necesario, puede incrementar la tensión.

Evidentemente, existen trabajos sometidos a procedimientos estrictos por razones de seguridad. Autonomía no significa actuar al margen de las instrucciones.

Se trata de analizar qué margen razonable puede concederse dentro de cada actividad.

- **Claridad de funciones**

No saber exactamente qué corresponde hacer o recibir instrucciones contradictorias genera incertidumbre.

Los conflictos de rol pueden aparecer cuando distintas personas responsables transmiten órdenes incompatibles o cuando se atribuyen tareas sin definir quién debe asumirlas.

Esto resulta especialmente problemático en organizaciones grandes y complejas, donde intervienen numerosos servicios y niveles jerárquicos.

La definición clara de funciones, canales de comunicación y responsabilidades reduce conflictos y evita que el trabajador tenga que resolver continuamente problemas organizativos que deberían estar previamente previstos.

- **Atención al público y situaciones difíciles**

Muchos trabajadores mantienen contacto continuo con usuarios, pacientes, familiares, alumnos, residentes o ciudadanía.

La mayor parte de esas interacciones se desarrolla con normalidad, pero determinadas situaciones pueden generar una elevada carga emocional.

La enfermedad, el dolor, la dependencia, las esperas, los problemas administrativos o las expectativas no satisfechas pueden provocar tensión.

La organización debe disponer de procedimientos para gestionar situaciones conflictivas y garantizar que el trabajador conoce qué hacer cuando una interacción supera los límites normales de su actividad.

No debería asumirse que soportar insultos, amenazas o situaciones de agresividad forma parte inevitable del trabajo.

- **Comunicación interna**

Una parte importante de los problemas organizativos se agrava cuando la información no circula adecuadamente.

Cambios en procedimientos, horarios, funciones o sistemas informáticos que se comunican tarde pueden generar incertidumbre y errores.

La comunicación preventiva debe ser comprensible, accesible y bidireccional.

Informar no consiste únicamente en enviar instrucciones. También deben existir mecanismos para que los trabajadores comuniquen problemas y propongan mejoras.

Quienes realizan diariamente una tarea suelen detectar rápidamente deficiencias que pueden pasar inadvertidas desde otros niveles de la organización.

- **Cambios organizativos**

Los cambios forman parte de cualquier organización.

La implantación de nuevas tecnologías, reorganización de servicios, cambios de ubicación o nuevas formas de trabajo pueden mejorar la actividad, pero también generar riesgos si se introducen sin planificación suficiente.

La formación previa, la información sobre los motivos y consecuencias del cambio y un periodo razonable de adaptación pueden reducir la incertidumbre.

Cuando se implanta una nueva herramienta informática, por ejemplo, no debería presumirse que todo el personal aprenderá automáticamente a utilizarla. Una formación insuficiente puede aumentar la carga mental y provocar errores.

- **Desconexión y recuperación**

La recuperación después de la jornada es fundamental.

La generalización de dispositivos electrónicos ha hecho posible contactar con una persona prácticamente en cualquier momento. Esa disponibilidad puede resultar útil en determinados contextos, pero también puede dificultar la separación entre tiempo de trabajo y tiempo personal.

La organización debe evitar que la conexión permanente se convierta en una expectativa habitual cuando no forme parte de las obligaciones propias del puesto.

Descansar adecuadamente permite recuperar recursos físicos y mentales y contribuye a prevenir la fatiga acumulada.

- **Evaluar para intervenir**

La evaluación psicosocial no debería convertirse en un mero cuestionario que se archiva después de cumplimentarse.

Su finalidad es identificar factores de riesgo y adoptar medidas.

El INSST dispone de instrumentos como FPSICO para facilitar la evaluación de factores psicosociales, pero cualquier metodología debe integrarse en un proceso posterior de análisis, planificación, implantación de medidas y seguimiento.

Las soluciones deben responder a los problemas detectados. Si la evaluación muestra sobrecarga, habrá que analizar cargas y recursos; si existe falta de claridad de funciones, definirlas; si aparecen problemas de comunicación, revisar los canales existentes.

- **Participación de los trabajadores**

La participación resulta especialmente importante en los riesgos psicosociales.

No es posible conocer completamente la organización real del trabajo observando únicamente procedimientos escritos. Es necesario saber cómo se desarrolla en la práctica.

Por eso, escuchar a los trabajadores no debe entenderse como una concesión, sino como una fuente esencial de información preventiva.

La prevención psicosocial eficaz combina datos objetivos, evaluación técnica y conocimiento directo de las personas que desempeñan las tareas.

Los riesgos psicosociales no son un problema secundario ni exclusivamente individual. Son condiciones de trabajo que pueden y deben evaluarse y gestionarse.

- **Bibliografía**

- España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*. 2022.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *FPSICO. Factores psicosociales. Método de evaluación. Versión 4.1*. 2022.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Evaluación de riesgos psicosociales*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación técnica sobre intervención psicosocial.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Documentación sobre riesgos psicosociales y estrés relacionado con el trabajo.

ACTUACIÓN ANTE EMERGENCIAS Y EVACUACIÓN EN LOS CENTROS DE TRABAJO PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Una emergencia puede producirse en cualquier centro de trabajo, independientemente de su actividad. Un incendio, una fuga, un fallo eléctrico importante, una amenaza externa o cualquier situación que obligue a abandonar una zona puede afectar tanto a centros sanitarios como administrativos, educativos, asistenciales, talleres, almacenes o edificios de servicios.

La diferencia entre una emergencia correctamente gestionada y una situación caótica depende en buena medida de lo que se haya preparado antes.

La improvisación no puede ser el sistema de respuesta.

El artículo 20 de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece que deben analizarse las posibles situaciones de emergencia y adoptarse las medidas necesarias en materia de primeros auxilios, lucha contra incendios y evacuación. También exige designar personal encargado de ponerlas en práctica, que deberá disponer de formación y medios adecuados.

- **Todos debemos saber qué hacer**

No todas las personas de un centro necesitan conocer con el mismo nivel de detalle todas las funciones previstas en el plan de emergencia, pero cualquier trabajador debería conocer al menos los aspectos básicos que le afectan.

Entre ellos se encuentran la forma de comunicar una emergencia, las vías de evacuación, las salidas disponibles, el punto de reunión y las instrucciones fundamentales que deben seguirse.

Esta información debería proporcionarse desde la incorporación al puesto y actualizarse cuando se producen cambios importantes en el edificio o en la organización.

Un plano colocado en una pared no es suficiente si las personas que trabajan diariamente en el centro desconocen qué significa o nunca han recibido instrucciones.

- **No todas las emergencias implican exactamente la misma respuesta**

La respuesta debe adaptarse al tipo de emergencia.

En algunos casos puede resultar necesaria la evacuación total del edificio. En otros puede ser suficiente desalojar una determinada zona.

Determinados centros presentan además características especiales. En hospitales, residencias y centros asistenciales pueden encontrarse personas que necesitan ayuda para desplazarse. En edificios abiertos al público puede haber usuarios que desconocen completamente las instalaciones.

La planificación debe considerar esta realidad.

La propia Ley 31/1995 establece que al organizar las medidas de emergencia debe tenerse en cuenta, entre otros aspectos, la posible presencia de personas ajenas a la organización.

- **Vías de evacuación**

Una vía de evacuación solamente resulta útil si puede utilizarse cuando realmente se necesita.

Por ello, las salidas y recorridos deben permanecer despejados. No deberían utilizarse para almacenar carros, cajas, mobiliario o equipos.

El Real Decreto 486/1997 exige mantener libres de obstáculos las zonas de paso, salidas y vías de circulación previstas para la evacuación.

Esta obligación tiene una lógica evidente.

Durante una jornada normal, un objeto situado en un pasillo puede resultar incómodo. Durante una evacuación, cuando numerosas personas intentan desplazarse simultáneamente y algunas pueden encontrarse nerviosas o desorientadas, ese mismo objeto puede convertirse en un riesgo considerable.

También es necesario mantener visible la señalización y garantizar que las puertas previstas para la evacuación puedan utilizarse adecuadamente.

- **Qué hacer cuando se ordena evacuar**

Ante una orden de evacuación, deben seguirse las instrucciones establecidas en el centro y las indicaciones de las personas designadas para coordinar la emergencia.

Como criterio general, debe actuarse con rapidez pero sin correr.

No deben utilizarse ascensores salvo que el plan específico contemple expresamente algún sistema seguro destinado a esa finalidad.

Tampoco debe regresarse a recoger objetos personales.

La prioridad es abandonar la zona siguiendo el recorrido establecido y dirigirse al punto de reunión.

El INSST incluye entre las instrucciones generales de evacuación mantener la serenidad, seguir los itinerarios establecidos, no detenerse en las salidas y no retroceder una vez iniciado el desalojo.

Estas indicaciones pueden parecer evidentes cuando se leen tranquilamente, pero en una emergencia real el comportamiento puede cambiar. Precisamente por ello es necesaria la formación y la realización periódica de ejercicios.

- **Punto de reunión**

El punto de reunión cumple una función importante.

No se trata simplemente de un lugar donde esperar. Permite organizar a las personas evacuadas, transmitir información y detectar posibles ausencias.

Abandonar el punto de reunión sin informar puede generar confusión y hacer creer que una persona continúa dentro del edificio.

Por este motivo, una vez alcanzado el lugar establecido, deben seguirse las instrucciones de los responsables de la emergencia.

- **Incendio y medios de extinción**

Los extintores y otros equipos contra incendios deben encontrarse accesibles y correctamente señalizados.

Nunca deberían bloquearse con mobiliario, cajas o equipos.

No obstante, disponer de un extintor no significa que cualquier persona deba enfrentarse a un incendio.

La utilización de medios de extinción debe realizarse únicamente cuando la persona sabe cómo hacerlo, las circunstancias permiten una actuación segura y existe una vía de escape disponible.

La protección de las personas tiene prioridad frente a la protección de los bienes materiales.

Ante un incendio desarrollado o cuando exista cualquier duda razonable sobre la posibilidad de controlarlo, debe activarse el procedimiento de emergencia y ponerse la situación en conocimiento de los servicios correspondientes.

- **Personas con necesidades de ayuda**

Una planificación adecuada debe contemplar a las personas que puedan necesitar asistencia durante una evacuación.

Esto es especialmente evidente en hospitales, residencias o centros asistenciales, pero también puede producirse en cualquier centro de trabajo.

Una persona puede tener movilidad reducida de manera permanente o temporal. También puede haber visitantes, usuarios o trabajadores que necesiten ayuda por otras circunstancias.

No resulta adecuado improvisar quién les ayudará cuando ya se ha producido la emergencia.

La planificación previa permite establecer responsabilidades y medios.

- **Simulacros: aprender antes de necesitarlo**

Un simulacro no debería entenderse como una actividad meramente formal.

Permite comprobar si las instrucciones son conocidas, si las vías son adecuadas, si las comunicaciones funcionan y si aparecen dificultades no previstas.

La Ley de Prevención exige comprobar periódicamente, cuando corresponda, el correcto funcionamiento de las medidas de emergencia.

Después de un simulacro resulta especialmente útil analizar las incidencias.

Quizá una puerta tardó demasiado en abrirse, una alarma no se escuchó en una determinada zona, hubo dudas sobre el punto de reunión o varias personas utilizaron un recorrido incorrecto.

Detectar esas deficiencias durante un ejercicio permite corregirlas antes de una situación real.

- **La formación debe llegar a toda la plantilla**

Las personas específicamente designadas para intervenir en emergencias requieren una formación acorde con sus funciones.

Pero el resto de la plantilla también necesita información básica.

Un plan extraordinariamente completo carece de utilidad si la mayoría de los trabajadores desconoce su existencia.

Además, deben tenerse en cuenta las incorporaciones, sustituciones, cambios de puesto y modificaciones de instalaciones.

La formación en emergencias no debería impartirse una única vez y darse por resuelta para siempre.

- **Prevención antes de la emergencia**

La mejor emergencia es la que no llega a producirse.

Una parte fundamental de la gestión consiste en reducir previamente las causas que pueden desencadenarla: mantener instalaciones, evitar acumulaciones innecesarias de materiales combustibles, respetar las normas sobre equipos eléctricos, almacenar correctamente productos y comunicar anomalías.

La prevención contra incendios, por ejemplo, comienza mucho antes de que alguien necesite utilizar un extintor.

- **Una responsabilidad organizada**

El INSST señala que los centros de trabajo deben disponer de medidas de emergencia conforme al artículo 20 de la Ley de Prevención, sin perjuicio de que determinadas actividades estén sometidas además a obligaciones más específicas en materia de autoprotección.

Esto significa que la respuesta debe estar organizada previamente y adaptada a las características concretas del centro.

La seguridad ante una emergencia no depende de memorizar un documento. Depende de que las personas conozcan qué tienen que hacer, las instalaciones permitan hacerlo y la organización haya previsto previamente los escenarios razonablemente posibles.

Cuando aparece humo, suena una alarma o es necesario desalojar un edificio no es el momento de empezar a decidir cómo actuar.

Ese trabajo debe estar hecho antes.

- **Bibliografía**

- España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. Especialmente artículo 20, relativo a medidas de emergencia.
- España. Real Decreto 486/1997, de 14 de abril, por el que se establecen disposiciones mínimas de seguridad y salud en los lugares de trabajo.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Emergencias. Seguridad en el trabajo*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *NTP 884: Evaluación de las condiciones de evacuación en centros de trabajo*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre medidas de emergencia, planes de autoprotección y evacuación.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre seguridad contra incendios.

FATIGA Y CARGA MENTAL: CUANDO EL CANSANCIO SE CONVIERTE EN UN RIESGO LABORAL PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

El cansancio forma parte de la vida cotidiana, pero cuando aparece de manera continuada durante el trabajo puede convertirse en un problema preventivo. La

fatiga laboral puede reducir la capacidad de concentración, enlentecer las reacciones y favorecer errores que, dependiendo de la actividad realizada, pueden tener consecuencias para el propio trabajador, sus compañeros o terceras personas.

No se trata de un riesgo exclusivo de quienes realizan un trabajo físicamente intenso. Puede afectar a personal sanitario sometido a una atención continuada, a trabajadores administrativos que pasan muchas horas realizando tareas de elevada concentración, a profesionales que trabajan a turnos, a personal de limpieza, cocina o mantenimiento, a empleados que atienden al público y, en general, a cualquier persona expuesta a demandas laborales superiores a su capacidad de recuperación.

El INSST incluye dentro de los factores psicosociales aspectos como los horarios, las jornadas prolongadas, el trabajo nocturno, el trabajo a turnos y la insuficiencia de los periodos de descanso, señalando su relación con la fatiga y otros efectos sobre la salud.

- **Fatiga física y fatiga mental**

La fatiga puede tener distintos componentes.

La fatiga física aparece cuando existe un esfuerzo muscular mantenido o repetitivo que supera la capacidad de recuperación del organismo. Puede producirse después de manipular cargas, permanecer muchas horas de pie, realizar movimientos repetidos o adoptar posturas incómodas durante periodos prolongados.

La fatiga mental está más relacionada con las exigencias cognitivas de la tarea. Puede aparecer cuando es necesario mantener una atención intensa durante mucho tiempo, gestionar simultáneamente numerosas informaciones, realizar tareas de elevada responsabilidad o trabajar sometido a interrupciones constantes.

Ambos tipos de fatiga pueden coexistir.

Una persona puede terminar una jornada físicamente agotada después de realizar múltiples desplazamientos y, al mismo tiempo, mentalmente saturada por haber tenido que gestionar incidencias, responder llamadas, atender usuarios y tomar decisiones de manera continuada.

- **Señales que no deben ignorarse**

La fatiga no aparece siempre de forma repentina. Con frecuencia se manifiesta progresivamente.

Entre las señales habituales pueden encontrarse la dificultad para mantener la atención, somnolencia, sensación de agotamiento, irritabilidad, disminución del

rendimiento, olvidos, aumento de pequeños errores o necesidad de realizar un esfuerzo cada vez mayor para mantener el mismo nivel de concentración.

En los trabajos físicos también pueden aparecer molestias musculares, pérdida de fuerza o dificultades para mantener determinadas posturas.

Estas señales no deben interpretarse automáticamente como un problema individual. Si un número elevado de personas de un servicio manifiesta síntomas similares, puede ser necesario revisar la organización del trabajo.

La prevención debe analizar las condiciones que generan el problema y no limitarse a pedir al trabajador que sea más resistente.

- **Organización del trabajo y carga laboral**

Una de las principales herramientas para prevenir la fatiga es una organización razonable de las tareas.

Las situaciones de sobrecarga mantenida dificultan que el organismo pueda recuperarse. Cuando una persona debe asumir continuamente más trabajo del que puede realizar en condiciones normales, aumenta la posibilidad de cometer errores.

También pueden generar fatiga las interrupciones frecuentes. Una tarea que podría realizarse de manera relativamente sencilla puede convertirse en mentalmente exigente cuando el trabajador debe abandonarla constantemente para atender llamadas, consultas, alarmas o demandas de otras personas.

Por ello, la evaluación preventiva debería considerar no solo el número de tareas realizadas, sino también su complejidad, ritmo, nivel de responsabilidad y posibilidades reales de recuperación.

El INSST establece que los factores psicosociales deben formar parte de la evaluación general de riesgos y que su gestión debe dirigirse preferentemente a las condiciones organizativas que los originan.

- **Pausas y alternancia de tareas**

Las pausas no deben considerarse tiempo perdido. En determinadas actividades constituyen una medida preventiva.

Una pausa adecuada puede permitir recuperar la atención, cambiar de postura, reducir la tensión muscular y disminuir la acumulación de fatiga.

Cuando el trabajo permite organizarlo de esta manera, la alternancia entre tareas con exigencias diferentes también puede resultar útil. Por ejemplo, combinar periodos de trabajo con pantalla con otras actividades, alternar determinadas tareas físicas o evitar que una misma persona realice durante toda la jornada una actividad especialmente repetitiva.

No existe una pauta única aplicable a todos los puestos. La frecuencia y duración de las pausas debe establecerse atendiendo a las características concretas del trabajo y a la evaluación de riesgos.

- **Trabajo a turnos y nocturno**

El trabajo nocturno y a turnos merece una consideración especial.

El organismo humano presenta ritmos biológicos asociados al ciclo de luz y oscuridad. Trabajar durante la noche y dormir durante el día puede alterar esos ritmos y dificultar la recuperación.

Además, la combinación de turnos cambiantes, responsabilidades familiares y desplazamientos puede reducir todavía más el tiempo efectivo de descanso.

La organización de los turnos debe tener en cuenta esta realidad. Los periodos de descanso entre jornadas, la secuencia de turnos y la previsibilidad de los horarios pueden influir significativamente en la fatiga.

En sectores que funcionan durante las veinticuatro horas, como el sanitario, sociosanitario, seguridad, mantenimiento o determinados servicios públicos, eliminar completamente el trabajo nocturno puede no ser posible. Esto no significa que sus riesgos deban aceptarse sin más. Deben evaluarse y adoptarse medidas que reduzcan su impacto.

- **Condiciones ambientales**

El entorno físico también influye en la aparición de fatiga.

Una temperatura excesivamente alta, el ruido continuado, una mala iluminación o una ventilación deficiente pueden aumentar la sensación de cansancio y dificultar la concentración.

En tareas que requieren precisión visual, una iluminación inadecuada puede obligar a realizar un esfuerzo adicional. Del mismo modo, un ambiente muy ruidoso puede hacer que una tarea aparentemente sencilla se convierta en mucho más exigente.

Por este motivo, la prevención de la fatiga no debe analizarse de manera aislada. Debe integrarse con la evaluación de las condiciones ambientales, ergonómicas y organizativas del puesto.

- **La carga mental también debe evaluarse**

Existe todavía cierta tendencia a considerar únicamente como riesgos laborales aquellos que pueden observarse físicamente. Sin embargo, una exigencia mental excesiva también puede afectar a la salud.

Gestionar simultáneamente llamadas, correos electrónicos, atención presencial, documentación y tareas urgentes es un ejemplo frecuente en puestos administrativos.

En el ámbito asistencial puede existir además una elevada responsabilidad sobre otras personas y la necesidad de responder rápidamente ante situaciones imprevistas.

En mantenimiento, conducción o vigilancia, una pérdida puntual de concentración puede tener consecuencias importantes.

La prevención debe estudiar qué exige realmente la tarea y qué recursos tiene la persona para realizarla.

- **Medidas preventivas**

Las medidas pueden incluir una distribución más equilibrada de las cargas de trabajo, plantillas adecuadas, rotación de determinadas tareas, pausas, mejora de los sistemas de comunicación, reducción de interrupciones innecesarias, planificación previsible de los turnos y mejora de las condiciones ambientales.

También resulta fundamental una formación adaptada al puesto. Cuando una persona conoce correctamente los procedimientos y dispone de los medios adecuados, disminuye el esfuerzo adicional que supone trabajar en condiciones de incertidumbre.

Sin embargo, la formación nunca debe utilizarse como sustituto de una organización deficiente.

- **Prevenir antes del error**

La fatiga suele hacerse visible después de que se haya producido un error o un accidente. La verdadera prevención consiste en actuar antes.

Un trabajador descansado y con una carga razonable no solo tiene mejores condiciones de salud. También puede mantener mejor la atención, responder adecuadamente a los imprevistos y realizar su trabajo con mayor seguridad.

Prevenir la fatiga no supone reducir la exigencia profesional. Supone organizar el trabajo de manera que esa exigencia pueda mantenerse sin deteriorar la seguridad y la salud.

- **Bibliografía**

- España. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Riesgos psicosociales. Información básica y documentación técnica*.

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales*. 2022.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *FPSICO. Factores psicosociales. Método de evaluación. Versión 4.1*. 2022.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre tiempo de trabajo, carga mental y organización del trabajo.

Gestión administrativa de derivaciones e interconsultas: papel del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La coordinación entre diferentes servicios y niveles asistenciales requiere circuitos administrativos capaces de gestionar adecuadamente las derivaciones e interconsultas. Aunque la indicación clínica corresponde a los profesionales sanitarios competentes, el Auxiliar Administrativo sanitario participa en tareas relacionadas con el registro, tramitación, comprobación administrativa y comunicación de citas asociadas a estos procesos. El objetivo del presente trabajo es analizar la contribución del Auxiliar Administrativo a la correcta gestión de derivaciones e interconsultas. Se realizó una revisión narrativa de legislación

sanitaria y documentación relacionada con coordinación y continuidad asistencial. Los resultados destacan la importancia de la correcta identificación del usuario, integridad de los datos administrativos, trazabilidad de las solicitudes, utilización de los circuitos establecidos y protección de la confidencialidad. Se concluye que una gestión administrativa ordenada facilita la coordinación entre unidades y reduce incidencias evitables sin interferir en las decisiones clínicas.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo sanitario; derivaciones; interconsultas; coordinación asistencial; gestión administrativa; continuidad asistencial.

Introducción

La atención sanitaria moderna requiere la participación de múltiples servicios y profesionales.

Un paciente atendido en atención primaria puede necesitar valoración especializada, mientras que desde una especialidad puede ser necesario solicitar la intervención de otra unidad.

Estas decisiones poseen un componente clínico que corresponde a los profesionales sanitarios competentes, pero generan también procesos administrativos.

El Auxiliar Administrativo sanitario puede intervenir en el registro de solicitudes, comprobación de datos, gestión de citas y otras actuaciones relacionadas con el circuito establecido.

Un error administrativo puede provocar retrasos, duplicidades o dificultades para localizar una solicitud.

Por ello, la calidad de la gestión administrativa influye indirectamente en la continuidad del proceso asistencial.

El objetivo del presente trabajo es analizar el papel del Auxiliar Administrativo sanitario en la gestión de derivaciones e interconsultas.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación sanitaria española y documentación relacionada con coordinación entre niveles asistenciales.

La información se organizó en identificación, registro, tramitación, comunicación y confidencialidad.

No se utilizaron historias clínicas ni datos de pacientes.

Resultados

La correcta identificación del usuario constituye un elemento básico antes de registrar o modificar cualquier solicitud.

Los datos administrativos deben comprobarse utilizando los procedimientos establecidos para evitar asociaciones incorrectas.

La trazabilidad permite conocer el estado administrativo de una derivación y las actuaciones realizadas sobre ella.

Cuando corresponde comunicar una cita, la información debe transmitirse de forma clara, incluyendo los datos organizativos necesarios.

Las cuestiones relacionadas con el motivo clínico de la derivación o su prioridad no deben ser interpretadas ni modificadas por el Auxiliar Administrativo fuera de los procedimientos establecidos.

Cuando se detecta una incidencia, esta debe trasladarse a la unidad o profesional competente.

Discusión

La gestión administrativa de una derivación puede parecer un proceso rutinario, pero posee repercusiones importantes sobre la organización asistencial.

La digitalización permite mejorar la trazabilidad, aunque no elimina completamente errores de identificación, duplicidades o registros incompletos.

El Auxiliar Administrativo necesita conocer los circuitos existentes y sus límites competenciales.

Resulta especialmente importante diferenciar la gestión administrativa de la decisión clínica. El personal administrativo no establece diagnósticos, prioridades clínicas ni indicaciones asistenciales.

La coordinación entre unidades permite resolver incidencias sin alterar indebidamente las decisiones profesionales.

Conclusiones

El Auxiliar Administrativo sanitario participa de forma relevante en la gestión de derivaciones e interconsultas.

La identificación correcta del usuario es fundamental.

La trazabilidad permite conocer el estado administrativo de las solicitudes.

Las decisiones clínicas corresponden a los profesionales competentes.

Las incidencias deben comunicarse siguiendo los circuitos establecidos.

Una gestión administrativa organizada contribuye a la continuidad asistencial.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

Atención administrativa a población extranjera y barreras idiomáticas: funciones del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La diversidad cultural y lingüística forma parte de la realidad cotidiana de las instituciones sanitarias. Las dificultades de comunicación pueden generar problemas para comprender citas, requisitos documentales, ubicaciones o procedimientos administrativos. El Auxiliar Administrativo sanitario constituye con frecuencia uno de los primeros puntos de contacto del usuario con la organización y desempeña una función importante para facilitar una atención administrativa clara y respetuosa. El objetivo del presente trabajo es analizar las dificultades asociadas a las barreras idiomáticas y describir buenas prácticas aplicables dentro de las competencias administrativas. Se realizó una revisión narrativa de legislación y documentación relacionada con igualdad, derechos y atención sanitaria. Los resultados destacan la importancia de utilizar lenguaje sencillo, evitar prejuicios, emplear los recursos institucionales de apoyo disponibles y comprobar la comprensión de la información administrativa

esencial. Se concluye que una atención adaptada favorece la accesibilidad sin modificar los límites competenciales del Auxiliar Administrativo sanitario.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo sanitario; barreras idiomáticas; diversidad cultural; accesibilidad; atención al usuario; comunicación.

Introducción

Los centros sanitarios atienden a personas con diferentes lenguas, culturas y niveles de conocimiento del sistema sanitario.

Una persona puede tener dificultades para comprender cómo solicitar una cita, localizar una consulta o aportar determinada documentación.

Estas situaciones pueden generar malentendidos sin que exista una verdadera falta de colaboración por parte del usuario.

El Auxiliar Administrativo sanitario mantiene un contacto frecuente con ciudadanos y puede encontrarse ante barreras comunicativas.

Su función no consiste en realizar interpretaciones clínicas, sino en facilitar dentro de sus competencias la comprensión de los procedimientos administrativos.

La atención debe realizarse evitando estereotipos relacionados con nacionalidad, origen o capacidad lingüística.

El objetivo del presente trabajo es analizar estrategias para mejorar la atención administrativa cuando existen barreras idiomáticas o culturales.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre igualdad, autonomía y atención sanitaria, complementada con documentación relacionada con comunicación accesible.

Los contenidos se organizaron en lenguaje, recursos de apoyo, igualdad, confidencialidad y límites profesionales.

Resultados

La utilización de frases sencillas y directas puede facilitar la comprensión de la información administrativa.

Cuando existen recursos institucionales de interpretación, mediación o traducción, deben utilizarse conforme a los procedimientos establecidos.

Los traductores automáticos de uso personal pueden presentar limitaciones de precisión y privacidad, especialmente cuando se introduce información personal.

Debe evitarse elevar innecesariamente el volumen de voz, ya que una dificultad lingüística no equivale a una dificultad auditiva.

La documentación debe solicitarse aplicando los mismos criterios administrativos establecidos y las particularidades legales que correspondan.

Las preguntas clínicas deben ser derivadas al profesional competente.

Discusión

La comunicación intercultural no consiste únicamente en traducir palabras.

Las diferencias en el conocimiento del funcionamiento del sistema pueden generar dudas adicionales.

El Auxiliar Administrativo puede facilitar la orientación explicando de manera ordenada los pasos administrativos que correspondan.

No debe asumirse que todas las personas de un mismo origen presentan las mismas necesidades o características.

Asimismo, utilizar familiares como intérpretes de forma improvisada puede plantear problemas de confidencialidad o exactitud, especialmente cuando existen alternativas institucionales adecuadas.

Conclusiones

Las barreras idiomáticas pueden dificultar el acceso a los procedimientos administrativos sanitarios.

El Auxiliar Administrativo sanitario puede contribuir a reducir estas dificultades.

La comunicación debe ser sencilla, respetuosa y libre de estereotipos.

Los recursos institucionales de apoyo deben utilizarse cuando estén disponibles y proceda.

La confidencialidad debe mantenerse incluso cuando existe necesidad de apoyo lingüístico.

Las cuestiones clínicas deben derivarse a los profesionales sanitarios correspondientes.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2022). *Ley 15/2022, de 12 de julio, integral para la igualdad de trato y la no discriminación*. Boletín Oficial del Estado, 167.

World Health Organization. (2016). *Framework on integrated, people-centred health services*. WHO.

Gestión administrativa previa a pruebas y procedimientos sanitarios: papel del Auxiliar Administrativo

Resumen

La realización de numerosas pruebas diagnósticas y procedimientos sanitarios requiere una organización administrativa previa que permita coordinar citas, documentación y circuitos de atención. El Auxiliar Administrativo sanitario participa en diferentes tareas de apoyo relacionadas con esta organización, aunque debe diferenciar claramente la información administrativa de las instrucciones clínicas que corresponden a profesionales sanitarios. El objetivo del presente trabajo es analizar el papel del Auxiliar Administrativo en la preparación administrativa de pruebas y procedimientos. Se realizó una revisión narrativa de legislación sanitaria y documentación sobre seguridad y organización asistencial. Los resultados muestran la importancia de una identificación correcta, comunicación precisa de fecha y lugar, comprobación de requisitos administrativos y derivación adecuada de dudas clínicas. Se concluye que la claridad en la delimitación de funciones permite mejorar la organización y disminuir errores de comunicación.

Palabras clave

Auxiliar Administrativo sanitario; pruebas diagnósticas; procedimientos; citación; información; gestión administrativa.

Introducción

La realización de una prueba diagnóstica puede requerir diferentes actuaciones antes de que el paciente llegue a la unidad correspondiente.

Entre ellas pueden encontrarse la citación, registro de la solicitud y comunicación de determinada información organizativa.

El Auxiliar Administrativo sanitario participa en algunos de estos procesos.

Sin embargo, es fundamental distinguir entre información administrativa e instrucciones clínicas.

Indicar dónde debe acudir una persona o cómo gestionar una modificación de cita forma parte del ámbito administrativo cuando corresponde al puesto.

Por el contrario, resolver dudas sobre medicación, ayuno, riesgos, contraindicaciones o decisiones clínicas debe ajustarse a los protocolos y profesionales competentes.

Una delimitación adecuada protege tanto al paciente como al trabajador.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación sobre autonomía del paciente, organización sanitaria y seguridad.

Los contenidos se clasificaron en identificación, citación, documentación, información administrativa y derivación de dudas clínicas.

Resultados

La identificación correcta resulta esencial antes de realizar modificaciones en una cita o procedimiento administrativo.

La información relativa a fecha, hora, ubicación y circuito de llegada debe transmitirse de forma clara.

Cuando existen instrucciones normalizadas autorizadas para su entrega al paciente, el Auxiliar Administrativo puede facilitar la documentación conforme al procedimiento establecido, sin modificar ni interpretar su contenido clínico.

Las preguntas sanitarias deben remitirse al profesional o unidad competente.

Los cambios de cita deben registrarse correctamente para mantener actualizada la planificación.

La confidencialidad debe respetarse durante las comunicaciones presenciales, telefónicas o digitales.

Discusión

Uno de los principales riesgos en este ámbito consiste en confundir una tarea de transmisión de información con una actividad de asesoramiento clínico.

El Auxiliar Administrativo puede entregar o comunicar instrucciones previamente establecidas dentro de un circuito, pero no debe improvisar recomendaciones sanitarias.

La utilización de textos normalizados puede reducir variabilidad y evitar malentendidos.

También resulta conveniente que los circuitos indiquen claramente dónde deben dirigirse las dudas clínicas.

Una buena coordinación evita que el usuario quede sin respuesta y, al mismo tiempo, protege los límites profesionales.

Conclusiones

La organización administrativa previa facilita la realización de pruebas y procedimientos.

El Auxiliar Administrativo sanitario participa en citación, registro y comunicación administrativa dentro de sus competencias.

La información debe ser clara y exacta.

Las instrucciones clínicas no deben ser interpretadas ni modificadas por personal administrativo.

Las dudas sanitarias deben derivarse al profesional competente.

La delimitación de funciones contribuye a una atención más segura.

Bibliografía

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

World Health Organization. (2021). *Global patient safety action plan 2021-2030*. WHO.

Continuidad administrativa entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria: contribución del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La coordinación entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria constituye un elemento fundamental del funcionamiento del sistema sanitario. Además de la continuidad clínica, existe una dimensión administrativa relacionada con citas, solicitudes, documentación y actualización de información. El Auxiliar Administrativo sanitario participa en diferentes procesos que facilitan la conexión entre ambos niveles. El objetivo del presente trabajo es analizar la importancia de esta continuidad administrativa y las funciones que puede desarrollar esta categoría profesional. Se realizó una revisión narrativa de normativa española sobre cohesión, organización y transformación digital del Sistema Nacional de Salud. Los resultados destacan la importancia de mantener registros actualizados, utilizar adecuadamente los sistemas de información, evitar duplicidades y orientar al ciudadano hacia el circuito correspondiente. Se concluye que el Auxiliar Administrativo contribuye a la continuidad asistencial mediante una gestión rigurosa de los procesos administrativos.

Palabras clave: Auxiliar Administrativo sanitario; Atención Primaria; Atención Hospitalaria; continuidad asistencial; coordinación; gestión sanitaria.

Introducción

Los pacientes pueden recibir atención de diferentes servicios a lo largo de un mismo proceso.

Atención Primaria y Atención Hospitalaria no deben funcionar como estructuras completamente aisladas.

La coordinación clínica corresponde a los profesionales sanitarios implicados, pero existe también una coordinación administrativa.

Las solicitudes, citas, cambios de datos y otros procedimientos necesitan circular adecuadamente entre unidades.

El Auxiliar Administrativo sanitario participa en diferentes puntos de estos procesos.

Una información administrativa desactualizada puede dificultar las comunicaciones y generar incidencias evitables.

El objetivo de este trabajo es analizar la contribución del Auxiliar Administrativo a la continuidad administrativa entre niveles asistenciales.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de legislación sobre cohesión sanitaria, autonomía y transformación digital.

Los contenidos se agruparon en sistemas de información, actualización de datos, coordinación, orientación al usuario y gestión de incidencias.

Resultados

Los sistemas de información compartidos o interoperables pueden facilitar la coordinación entre niveles cuando se utilizan adecuadamente.

El Auxiliar Administrativo debe registrar y consultar la información necesaria conforme a sus permisos y funciones.

La actualización de datos de contacto resulta relevante para determinadas comunicaciones administrativas.

Cuando un usuario desconoce dónde debe realizar una gestión, la orientación correcta evita desplazamientos innecesarios entre centros.

Las incidencias relacionadas con solicitudes o citas deben gestionarse a través del circuito establecido.

Debe evitarse crear registros duplicados o soluciones informales que dificulten posteriormente la trazabilidad.

Discusión

La continuidad asistencial posee una dimensión administrativa que puede pasar inadvertida.

Una decisión clínica correctamente adoptada puede encontrar dificultades para ejecutarse si existen problemas en la tramitación posterior.

La transformación digital ofrece oportunidades para mejorar la coordinación, aunque requiere procedimientos homogéneos y formación.

El Auxiliar Administrativo constituye un punto de conexión entre el ciudadano y los sistemas organizativos.

Su actuación debe mantenerse dentro de sus competencias, evitando interpretar decisiones clínicas.

Conclusiones

La continuidad entre niveles asistenciales incluye procesos administrativos.

El Auxiliar Administrativo sanitario contribuye a gestionar dichos procesos.

La actualización y calidad de los datos son fundamentales.

Los sistemas digitales pueden mejorar la coordinación entre centros.

Las incidencias deben resolverse mediante circuitos establecidos.

Una gestión administrativa rigurosa favorece la continuidad de la atención.

Bibliografía

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad*. Boletín Oficial del Estado, 102.

España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*. Boletín Oficial del Estado, 128.

Ministerio de Sanidad. (2021). *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*. Gobierno de España.

España. (2015). *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Boletín Oficial del Estado, 236.

Actualización de datos y acreditación administrativa del usuario: funciones del Auxiliar Administrativo sanitario

Resumen

La calidad de los datos administrativos constituye un elemento importante para el funcionamiento de los sistemas sanitarios. Direcciones, teléfonos, datos identificativos y otra información administrativa pueden cambiar a lo largo del tiempo y requieren procedimientos adecuados de actualización. El Auxiliar Administrativo sanitario participa directamente en numerosos procesos de identificación, acreditación y modificación de datos. El objetivo de este trabajo es analizar la importancia de mantener información administrativa correcta y describir las principales precauciones aplicables. Se realizó una revisión narrativa de legislación sobre procedimiento administrativo, protección de datos y derechos del paciente. Los resultados destacan la necesidad de verificar la identidad antes de efectuar determinadas modificaciones, registrar únicamente la información necesaria, utilizar fuentes y procedimientos autorizados y proteger los datos frente a accesos indebidos. Se concluye que una adecuada gestión de la información administrativa contribuye a reducir errores y mejorar la comunicación entre la institución y el usuario.

Palabras clave: Auxiliar Administrativo sanitario; identificación; datos administrativos; acreditación; protección de datos; gestión sanitaria.

Introducción

Los sistemas sanitarios manejan una gran cantidad de información administrativa asociada a cada usuario.

La calidad de estos datos influye en numerosos procesos.

Un número de teléfono incorrecto puede dificultar determinadas comunicaciones, mientras que un error de identificación puede generar problemas de mayor relevancia.

El Auxiliar Administrativo sanitario participa frecuentemente en procesos relacionados con identificación y actualización de información.

Sin embargo, modificar datos no debe considerarse una actuación meramente mecánica.

Es necesario comprobar la identidad cuando así lo requiera el procedimiento y respetar las normas de protección de datos.

El objetivo del presente trabajo es analizar buenas prácticas en la actualización y gestión de datos administrativos.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa de normativa española y europea relacionada con protección de datos, procedimiento administrativo y derechos del paciente.

Los contenidos fueron agrupados en identificación, actualización, minimización, exactitud, acceso y seguridad.

No se utilizaron datos personales reales.

Resultados

Antes de efectuar modificaciones relevantes debe seguirse el procedimiento establecido para verificar la identidad del solicitante.

Los datos registrados deben ser adecuados y pertinentes para la finalidad correspondiente.

La información incorrecta o desactualizada debe rectificarse conforme a los procedimientos aplicables.

El acceso a los sistemas debe realizarse mediante las credenciales profesionales autorizadas.

Las consultas deben responder a una necesidad relacionada con las funciones del trabajador.

Cuando existen discrepancias que el Auxiliar Administrativo no puede resolver conforme al procedimiento habitual, deben derivarse a la unidad competente.

La comunicación de datos a terceros requiere respetar las condiciones y procedimientos legalmente aplicables.

Discusión

La calidad de los datos y su protección son objetivos complementarios.

No basta con impedir accesos no autorizados; también es necesario procurar que la información utilizada sea correcta.

La actualización de datos requiere equilibrio entre facilitar las gestiones al ciudadano y aplicar las medidas de identificación correspondientes.

Los sistemas informáticos pueden incorporar validaciones automáticas, pero la intervención profesional continúa siendo relevante.

La formación en protección de datos ayuda a diferenciar actuaciones rutinarias de situaciones que requieren una comprobación adicional.

Conclusiones

La calidad de los datos administrativos influye en el funcionamiento de los servicios sanitarios.

El Auxiliar Administrativo sanitario desempeña un papel relevante en su mantenimiento.

La identidad debe verificarse conforme al procedimiento antes de realizar determinadas modificaciones.

Los datos deben mantenerse exactos y actualizados cuando corresponda.

El acceso a la información debe limitarse a las necesidades profesionales.

Las incidencias que excedan las competencias del trabajador deben remitirse a la unidad responsable.

Bibliografía

Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. (2016). *Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016*. Diario Oficial de la Unión Europea, L 119.

España. (2018). *Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales*. Boletín Oficial del Estado, 294.

España. (2015). *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Boletín Oficial del Estado, 236.

España. (2002). *Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente*. Boletín Oficial del Estado, 274.

Higiene de manos en el entorno sanitario: una práctica esencial para personal sanitario y no sanitario

Introducción

La higiene de manos es una de las intervenciones más eficaces para prevenir la transmisión de microorganismos y reducir las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. Su correcta realización protege a pacientes, profesionales, familiares y visitantes, convirtiéndose en una medida de seguridad imprescindible en cualquier centro sanitario.

Aunque suele asociarse al personal asistencial, la higiene de manos también es fundamental para el personal no sanitario. Profesionales de administración, admisión, celadores, limpieza, mantenimiento o atención al usuario mantienen contacto frecuente con personas, superficies y materiales de uso compartido, por lo que su participación resulta esencial para interrumpir la cadena de transmisión de microorganismos.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de las recomendaciones internacionales y nacionales sobre higiene de manos y prevención de infecciones en el ámbito sanitario. Se analizaron las indicaciones para el lavado con agua y jabón, el uso de soluciones hidroalcohólicas y las principales medidas destinadas a mejorar la adherencia de los profesionales.

Asimismo, se consideró la aplicación de estas recomendaciones tanto en actividades asistenciales como en tareas administrativas y de apoyo dentro de los centros sanitarios.

Resultados

La evidencia demuestra que la higiene de manos disminuye de forma significativa la transmisión cruzada de microorganismos cuando se realiza en los momentos adecuados y mediante una técnica correcta. La elección del método depende de la situación clínica y del estado de las manos.

El lavado con agua y jabón está indicado cuando las manos presentan suciedad visible o tras el contacto con determinados agentes biológicos. Por su parte, la solución hidroalcohólica constituye el método de elección en la mayoría de las situaciones habituales, por su rapidez y elevada eficacia frente a numerosos microorganismos.

Una técnica adecuada debe incluir la fricción de todas las superficies de las manos: palmas, dorsos, espacios interdigitales, pulgares, puntas de los dedos y muñecas, manteniendo el tiempo recomendado para garantizar su efectividad.

El personal sanitario debe incorporar esta práctica antes y después del contacto con el paciente, tras procedimientos asistenciales y después del contacto con el entorno inmediato del paciente. El personal no sanitario debe realizarla tras la atención al público, la manipulación de documentación compartida, el contacto con superficies de uso frecuente y siempre que exista riesgo de contaminación.

Para favorecer la adherencia, los centros sanitarios deben garantizar la disponibilidad de lavabos, jabón, soluciones hidroalcohólicas y material para el secado higiénico, además de promover campañas de formación y sensibilización dirigidas a todos los profesionales.

Conclusiones

La higiene de manos constituye una responsabilidad compartida por todo el personal sanitario y no sanitario. Su correcta aplicación representa una medida sencilla, económica y altamente efectiva para prevenir infecciones y mejorar la seguridad del paciente.

La formación continuada, la disponibilidad de recursos y la incorporación de este hábito a la práctica diaria permiten consolidar una cultura de seguridad en la que cada profesional contribuye activamente a proteger la salud de pacientes, compañeros y usuarios.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. **WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care**.

2. Organización Mundial de la Salud. **My 5 Moments for Hand Hygiene**.

3. Ministerio de Sanidad. **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud**.

4. Agencia Española de Seguridad del Paciente. Recomendaciones sobre higiene de manos y prevención de infecciones.

Trabajar a turnos sin perder el equilibrio: descanso y bienestar en personal sanitario y no sanitario

Introducción

El trabajo a turnos es una modalidad habitual en numerosos servicios sanitarios y también en actividades de apoyo, vigilancia, limpieza, mantenimiento, atención al usuario y otros servicios que requieren una cobertura continuada. Aunque permite mantener la actividad durante diferentes franjas horarias, puede alterar los horarios habituales de sueño, alimentación, ocio y vida familiar.

La adaptación a turnos cambiantes o al trabajo nocturno puede favorecer la aparición de fatiga, somnolencia, dificultades de concentración y alteraciones del descanso. Por ello, resulta importante adoptar medidas preventivas que ayuden al personal sanitario y no sanitario a mantener un adecuado equilibrio entre las exigencias laborales y las necesidades de recuperación.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de recomendaciones relacionadas con la organización del trabajo a turnos, el descanso, la prevención de la fatiga y los riesgos asociados al trabajo nocturno. Se analizaron medidas aplicables tanto a profesionales sanitarios como a personal no sanitario que desarrolla su actividad mediante turnos rotatorios, prolongados o nocturnos.

Se consideraron especialmente los hábitos individuales y las medidas organizativas destinadas a favorecer una adecuada recuperación.

Resultados

Uno de los principales factores asociados al trabajo a turnos es la alteración del ritmo circadiano. El organismo está preparado para mantener determinados patrones de actividad y descanso, por lo que trabajar durante la noche y dormir durante el día puede dificultar la recuperación.

El descanso suficiente debe considerarse una medida preventiva. Después de un turno nocturno es recomendable disponer de un periodo adecuado para dormir en un ambiente tranquilo, oscuro y con una temperatura confortable. También puede ser útil mantener horarios de descanso relativamente regulares cuando la organización de los turnos lo permita.

La fatiga constituye otro aspecto relevante. La somnolencia puede disminuir la atención y aumentar la posibilidad de cometer errores, especialmente durante tareas que requieren concentración. Por ello, deben respetarse las pausas establecidas y evitar acumular jornadas excesivamente exigentes.

La alimentación también puede verse afectada por los horarios laborales. Mantener una alimentación equilibrada y evitar comidas excesivamente copiosas durante la noche puede favorecer el bienestar. Es importante prestar atención a la hidratación y planificar con antelación las comidas cuando los horarios dificultan mantener rutinas habituales.

La actividad física regular puede contribuir al bienestar general y facilitar una mejor gestión del estrés. Sin embargo, debe adaptarse a los horarios de descanso y a las condiciones personales de cada trabajador.

Desde el punto de vista organizativo, una adecuada planificación de los turnos resulta fundamental. Siempre que sea posible, deben evitarse cambios excesivamente bruscos de horario y favorecerse periodos suficientes de recuperación entre jornadas. La información previa sobre los cuadrantes también facilita que los trabajadores puedan organizar su descanso y vida personal.

Tanto el personal sanitario como el no sanitario deben conocer los signos de fatiga y comunicar situaciones que puedan comprometer la seguridad o el adecuado desarrollo de su actividad. La prevención no debe recaer exclusivamente sobre el trabajador, sino que requiere también una organización adecuada del tiempo de trabajo.

Conclusiones

El trabajo a turnos forma parte de la realidad laboral de numerosos profesionales sanitarios y no sanitarios. Una adecuada gestión del descanso, la alimentación, la actividad física y los periodos de recuperación puede facilitar la adaptación a los diferentes horarios.

La prevención de la fatiga requiere combinar hábitos saludables con una correcta organización de los turnos y de los tiempos de descanso. Favorecer estas condiciones contribuye al bienestar de los trabajadores, mejora la capacidad para desarrollar sus tareas y ayuda a mantener un entorno laboral más seguro.

Bibliografía

1. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación sobre **trabajo a turnos y trabajo nocturno**. Madrid: INSST.

2. Organización Internacional del Trabajo. Documentación sobre **tiempo de trabajo, turnos y trabajo nocturno**. Ginebra: OIT.

3. Ministerio de Sanidad. Documentación sobre promoción de la salud y prevención de riesgos relacionados con el trabajo.

4. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). Recursos sobre **trabajo por turnos, fatiga y riesgos laborales**.

Confidencialidad y seguridad de la información: buenas prácticas para personal sanitario y no sanitario

Introducción

Los centros sanitarios manejan diariamente una gran cantidad de información personal y clínica. Historias clínicas, resultados de pruebas, datos identificativos, informes, citas y comunicaciones contienen información que debe ser protegida frente a accesos, pérdidas o divulgaciones no autorizadas.

La protección de datos no es únicamente responsabilidad del personal que trabaja directamente con la historia clínica. Cualquier profesional sanitario o no sanitario puede tener acceso, de forma directa o indirecta, a información relacionada con pacientes. Por este motivo, la confidencialidad debe formar parte de la actividad cotidiana de todos los trabajadores.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de la normativa y recomendaciones relacionadas con la protección de datos personales, confidencialidad y seguridad de la información en el ámbito sanitario. Se analizaron situaciones habituales en las que pueden producirse riesgos, como el acceso a sistemas informáticos, el manejo de documentación y las conversaciones en espacios compartidos.

Se consideraron medidas preventivas aplicables tanto al personal sanitario como al personal administrativo, de recepción, limpieza, mantenimiento y otros profesionales que desarrollan su actividad en centros sanitarios.

Resultados

Una de las principales medidas de protección consiste en acceder únicamente a la información necesaria para desempeñar las funciones profesionales. Tener acceso a un sistema informático no significa que pueda consultarse libremente cualquier información. Las consultas deben estar justificadas por las tareas realizadas y ajustarse a los permisos establecidos.

Las credenciales personales constituyen otro elemento fundamental. Cada trabajador debe utilizar sus propios datos de acceso, mantener las contraseñas protegidas y evitar compartirlas con compañeros. Asimismo, es importante bloquear la pantalla cuando se abandona un puesto informático, especialmente cuando este se encuentra en zonas accesibles al público.

La documentación en papel también requiere protección. Informes, listados, etiquetas o documentos que contengan datos personales no deben quedar expuestos en mostradores, salas de espera o espacios donde puedan ser consultados por personas no autorizadas. Cuando ya no sean necesarios, deben eliminarse mediante los procedimientos establecidos.

La confidencialidad verbal es igualmente importante. Las conversaciones sobre pacientes deben realizarse en lugares adecuados y evitando proporcionar información a personas que no estén autorizadas. En zonas de atención al público conviene extremar la precaución para impedir que otros usuarios escuchen datos personales o clínicos.

El uso de dispositivos electrónicos exige especial atención. Los teléfonos móviles, ordenadores portátiles, memorias externas y otros dispositivos pueden facilitar la pérdida o difusión de información si no se utilizan de acuerdo con las normas de seguridad del centro. Tampoco deben realizarse fotografías o grabaciones de pacientes o documentos sin la correspondiente autorización y justificación.

Ante una posible pérdida de documentación, acceso indebido, envío erróneo de información o cualquier otro incidente de seguridad, es importante comunicarlo rápidamente siguiendo el procedimiento establecido. Una notificación temprana puede facilitar la adopción de medidas para limitar sus consecuencias.

La formación periódica de todo el personal resulta esencial. Conocer las normas, identificar situaciones de riesgo y saber cómo actuar ante un incidente permite convertir la protección de datos en una práctica integrada en la actividad diaria.

Conclusiones

La protección de los datos sanitarios requiere la participación de todo el personal sanitario y no sanitario. La confidencialidad debe mantenerse tanto en los sistemas informáticos como en la documentación escrita, las conversaciones y cualquier otro medio utilizado para gestionar información.

Utilizar únicamente los datos necesarios, proteger las credenciales, evitar conversaciones en lugares inadecuados, custodiar correctamente la documentación y comunicar los incidentes son medidas sencillas que reducen riesgos. La responsabilidad individual, junto con una adecuada organización y formación, contribuye a garantizar el derecho de los pacientes a la privacidad y a reforzar la confianza en el sistema sanitario.

Bibliografía

1. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, **Reglamento General de Protección de Datos (RGPD)**.

2. España. **Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**.

3. Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para pacientes y usuarios de la sanidad**. Madrid: AEPD.

4. Ministerio de Sanidad. Documentación sobre **protección de datos y seguridad de la información en el Sistema Nacional de Salud**.

Hablar con claridad y respeto: asertividad para profesionales sanitarios y no sanitarios

Introducción

En el entorno sanitario, una comunicación adecuada es fundamental para mantener relaciones profesionales saludables y ofrecer una atención de calidad.

La interacción diaria entre profesionales, pacientes, familiares y usuarios puede estar condicionada por situaciones de tensión, preocupaciones, desacuerdos o una elevada carga de trabajo. En este contexto, saber comunicarse de manera clara y respetuosa constituye una herramienta esencial.

La asertividad permite expresar opiniones, necesidades, sentimientos y límites de forma directa, sin vulnerar los derechos de otras personas. Tanto el personal sanitario como el no sanitario pueden beneficiarse de esta habilidad, ya que facilita la colaboración, reduce los malentendidos y contribuye a prevenir conflictos en el lugar de trabajo.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de recomendaciones relacionadas con comunicación profesional, habilidades interpersonales, prevención de conflictos y riesgos psicosociales en el ámbito laboral. Se analizaron diferentes estrategias aplicables a las situaciones habituales que pueden surgir entre profesionales y durante la atención a pacientes y usuarios.

Se prestó especial atención a la escucha activa, la comunicación verbal y no verbal, la expresión de límites y el manejo de situaciones de desacuerdo o tensión.

Resultados

La comunicación asertiva se caracteriza por expresar el propio punto de vista de forma clara, respetuosa y proporcionada. No significa imponer una opinión, sino defender las propias necesidades teniendo en cuenta las de los demás.

Una de las principales herramientas es la escucha activa. Prestar atención, evitar interrupciones, mostrar interés y comprobar que el mensaje se ha entendido correctamente favorece una comunicación más eficaz. Esta actitud resulta especialmente importante cuando existen diferencias entre profesionales o cuando un paciente expresa una preocupación o disconformidad.

También es recomendable utilizar un lenguaje sencillo y específico. En lugar de realizar acusaciones personales, puede describirse la situación y explicar cómo afecta al trabajo. Por ejemplo, ante un problema organizativo, resulta más constructivo plantear una posible solución que atribuir responsabilidades de manera inmediata.

La asertividad también permite establecer límites profesionales. Saber decir «no» ante una petición que no puede asumirse, explicar las razones y ofrecer una alternativa cuando sea posible ayuda a evitar sobrecargas y situaciones de frustración. Los límites deben comunicarse de manera firme, pero sin recurrir a expresiones descalificadoras.

Ante situaciones de enfado o tensión, mantener un tono de voz tranquilo y evitar responder de forma impulsiva puede contribuir a reducir la escalada del conflicto. En estos casos, reconocer la preocupación de la otra persona no significa necesariamente estar de acuerdo con ella, sino demostrar que se ha escuchado su planteamiento.

La comunicación no verbal también desempeña un papel importante. La postura corporal, la expresión facial, el tono y el ritmo de la voz deben ser coherentes con el mensaje. Una actitud calmada y abierta facilita el diálogo y transmite profesionalidad.

El entrenamiento en habilidades comunicativas mediante formación y situaciones prácticas puede ayudar a los profesionales a identificar sus dificultades y desarrollar respuestas más eficaces. Estas competencias son aplicables tanto al personal asistencial como a quienes desarrollan funciones administrativas, de apoyo, recepción, limpieza, mantenimiento o atención al usuario.

Conclusiones

Hablar con claridad y respeto es una competencia esencial en el entorno sanitario. La asertividad permite expresar opiniones, necesidades y límites de manera adecuada, favoreciendo relaciones profesionales basadas en el respeto y la colaboración.

La escucha activa, el lenguaje claro, el control de las respuestas emocionales y una comunicación no verbal adecuada ayudan a prevenir conflictos y mejorar el clima laboral. Su incorporación a la práctica diaria beneficia tanto al personal sanitario como al no sanitario y contribuye a una atención más humana y profesional.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Ginebra:

OMS.

2. Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad.

3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación sobre factores y riesgos psicosociales en el trabajo. Madrid: INSST.

4. Organización Internacional del Trabajo. Documentación sobre entornos de trabajo seguros y saludables. Ginebra: OIT.

Cuidarse para cuidar: prevención del desgaste profesional en personal sanitario y no sanitario

Introducción

El trabajo en el ámbito sanitario implica una exposición frecuente a situaciones que pueden generar una elevada carga emocional y organizativa. La atención a personas enfermas, la toma de decisiones, la presión asistencial, los turnos y la

necesidad de mantener una atención de calidad pueden contribuir a la aparición de estrés laboral mantenido.

Cuando esta situación se prolonga y no existen suficientes recursos para afrontarla, puede aparecer el **síndrome de burnout o desgaste profesional**, caracterizado por agotamiento, distanciamiento o actitudes negativas relacionadas con el trabajo y una disminución de la eficacia profesional. Aunque suele asociarse al personal asistencial, también puede afectar al personal no sanitario que desarrolla su actividad en centros sanitarios.

Material y métodos

Se realizó una revisión descriptiva de documentación científica y recomendaciones de organismos especializados sobre burnout, riesgos psicosociales y bienestar laboral. Se analizaron factores relacionados con el desgaste profesional y diferentes medidas preventivas aplicables al personal sanitario y no sanitario.

Se prestó especial atención a la organización del trabajo, el apoyo entre compañeros, la recuperación y las estrategias individuales de autocuidado.

Resultados

La prevención del burnout requiere actuar sobre diferentes factores. Entre los elementos laborales que pueden favorecer el desgaste se encuentran la sobrecarga de trabajo, la falta de autonomía, los conflictos interpersonales, la escasez de recursos, la dificultad para conciliar la vida laboral y personal y la exposición continuada a situaciones emocionalmente exigentes.

La organización del trabajo desempeña un papel importante. Una adecuada distribución de tareas, una planificación razonable de los horarios y la disponibilidad de pausas y tiempos de recuperación pueden reducir la acumulación de fatiga.

El apoyo del equipo constituye otro factor protector. Mantener una comunicación adecuada entre compañeros, compartir dificultades y solicitar ayuda cuando sea necesario permite afrontar mejor las situaciones complejas. Un entorno donde exista respeto y colaboración facilita también la detección temprana de problemas.

A nivel individual, resulta conveniente desarrollar hábitos que favorezcan la recuperación. Mantener un descanso adecuado, realizar actividad física, reservar tiempo para actividades personales y establecer límites entre la vida laboral y privada pueden contribuir al bienestar.

También es importante reconocer las señales de alerta. El cansancio persistente, la irritabilidad, la pérdida de motivación, las dificultades de concentración, el distanciamiento respecto a pacientes o compañeros y la sensación mantenida

de falta de eficacia pueden indicar la necesidad de revisar la situación y buscar apoyo.

La prevención no debe basarse exclusivamente en la capacidad individual para afrontar el estrés. Las organizaciones tienen responsabilidad en la identificación y evaluación de los riesgos psicosociales, así como en la aplicación de medidas dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo.

Las intervenciones formativas sobre gestión del estrés, comunicación, resolución de conflictos y autocuidado pueden complementar las medidas organizativas. Asimismo, facilitar el acceso a recursos de apoyo permite intervenir antes de que el malestar se consolide.

Conclusiones

La prevención del burnout requiere una visión integral que combine condiciones laborales adecuadas, apoyo del equipo y estrategias individuales de cuidado. Tanto el personal sanitario como el no sanitario pueden estar expuestos a factores que favorezcan el desgaste profesional.

Detectar las señales de alerta, favorecer la comunicación y disponer de tiempos adecuados de descanso son elementos importantes para proteger el bienestar de los trabajadores. La creación de entornos laborales saludables beneficia a los profesionales y contribuye a mantener una atención sanitaria segura y de calidad.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. **Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11): fenómeno del burnout**. Ginebra: OMS.

2. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. **Riesgos psicosociales y salud en el trabajo**. Madrid: INSST.

3. Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. **Riesgos psicosociales y estrés en el trabajo**. EU-OSHA.

4. Organización Internacional del Trabajo. **La salud mental en el trabajo**. Ginebra: OIT.

Comunicación efectiva para personal sanitario y no sanitario: claves para prevenir errores y mejorar las relaciones profesionales

- **Introducción**

La comunicación constituye uno de los pilares fundamentales de cualquier organización. Aunque tradicionalmente se ha prestado especial atención a la comunicación en el ámbito sanitario por su relación directa con la seguridad del

paciente, se trata de una competencia transversal que resulta igualmente importante en oficinas, centros educativos, empresas, administraciones públicas, servicios sociales, organizaciones industriales y cualquier otro entorno laboral.

Una comunicación deficiente puede generar malentendidos, duplicidad de tareas, conflictos, pérdida de información y errores en la toma de decisiones. Por el contrario, una comunicación clara, respetuosa y estructurada favorece la coordinación, mejora el clima laboral y facilita que las personas conozcan qué se espera de ellas.

En los equipos sanitarios, además, la comunicación adquiere una dimensión relacionada con la continuidad asistencial y la seguridad. En los equipos no sanitarios, sus efectos pueden observarse en la productividad, la atención al usuario, la gestión de proyectos y las relaciones entre compañeros.

- **La comunicación como competencia profesional**

Comunicar no significa únicamente transmitir información. También implica escuchar, interpretar, preguntar, comprobar que el mensaje ha sido comprendido y adaptar la forma de expresarlo a las características de la persona receptora.

Una comunicación profesional eficaz debe reunir varias características: claridad, precisión, oportunidad, respeto y adecuación al contexto. No es lo mismo transmitir una instrucción urgente que proporcionar información sobre un procedimiento complejo o resolver un conflicto interpersonal.

En cualquier organización es recomendable evitar los mensajes ambiguos. Expresiones como “hazlo cuanto antes”, “ya sabes cómo hacerlo” o “esto debería estar terminado” pueden generar interpretaciones diferentes. Una comunicación más precisa permite establecer qué tarea debe realizarse, quién debe realizarla, cuándo y con qué criterios.

La comunicación escrita también requiere atención. Correos electrónicos, mensajes internos, informes y registros forman parte de la actividad cotidiana. Una información mal redactada puede provocar errores similares a los producidos por una comunicación oral deficiente.

- **Escucha activa**

Una comunicación eficaz no puede basarse únicamente en hablar. Escuchar activamente significa prestar atención al contenido y al contexto del mensaje, evitar interrupciones innecesarias y formular preguntas cuando exista alguna duda.

La escucha activa es especialmente importante cuando existe una diferencia jerárquica. Una persona que ocupa una posición de responsabilidad debe crear condiciones para que los demás puedan expresar dudas, errores o dificultades sin temor a ser descalificados.

En el ámbito sanitario, esto puede favorecer que un profesional comunique una incidencia o detecte una posible equivocación. En otros sectores, permite identificar problemas organizativos antes de que se conviertan en conflictos mayores.

- **Comunicación y trabajo en equipo**

Los equipos necesitan mecanismos para compartir información. Las reuniones breves, los protocolos, los registros y los canales internos pueden contribuir a que la información llegue a las personas adecuadas.

Sin embargo, disponer de muchos canales no significa necesariamente comunicarse mejor. Una organización excesivamente dependiente de correos, aplicaciones y mensajes instantáneos puede generar saturación informativa. Por ello, conviene establecer qué canal corresponde a cada tipo de comunicación.

También es importante diferenciar información urgente de información ordinaria. Cuando todo se presenta como urgente, la capacidad de priorización disminuye.

El INSST incluye la comunicación entre los aspectos relacionados con la organización del trabajo y recoge una nota técnica específica sobre comunicación en las organizaciones, lo que refleja su relevancia dentro de la prevención y la gestión laboral.

- **Comunicación en situaciones de conflicto**

Los conflictos forman parte de las relaciones humanas y no siempre indican que un equipo funcione mal. Lo relevante es cómo se gestionan.

Una estrategia adecuada consiste en separar a la persona del problema. No es lo mismo afirmar “eres irresponsable” que señalar “la tarea no se realizó en el plazo acordado y necesitamos analizar qué ocurrió”.

También es recomendable utilizar mensajes concretos, evitar generalizaciones y permitir que todas las partes expongan su perspectiva. La comunicación asertiva permite defender necesidades y límites sin recurrir a la agresividad.

- **Comunicación digital**

La digitalización ha modificado profundamente la manera de trabajar. Videoconferencias, correo electrónico, plataformas colaborativas y mensajería instantánea facilitan la coordinación, pero también pueden favorecer la hiperconectividad.

El INSST ha señalado precisamente la hiperconectividad como un ámbito relacionado con la salud mental laboral y la prevención de riesgos psicosociales.

Por ello, las organizaciones deberían establecer normas claras respecto a horarios, disponibilidad y utilización de los canales digitales.

- **Conclusión**

La comunicación efectiva no es una habilidad exclusiva de los profesionales sanitarios. Es una competencia transversal que influye en la seguridad, la productividad, el bienestar y la calidad de las relaciones profesionales.

Escuchar, transmitir información de forma clara, confirmar la comprensión, elegir el canal adecuado y gestionar los conflictos con respeto son comportamientos aplicables a prácticamente cualquier puesto de trabajo.

- **Bibliografía**

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Riesgos laborales psicosociales. Ministerio de Trabajo y Economía Social.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). NTP 685: La comunicación en las organizaciones.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). Patient Safety: Global Action on Patient Safety. OMS.
- World Health Organization. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. WHO.

Confidencialidad y protección de datos en servicios de urgencias para personal sanitario y no sanitario

- **Introducción**

Los servicios de urgencias constituyen uno de los entornos asistenciales con mayor complejidad desde el punto de vista de la confidencialidad y la protección de datos. La elevada afluencia de pacientes, la presión asistencial, la presencia constante de familiares y acompañantes, la necesidad de actuar con rapidez y la existencia de espacios compartidos pueden aumentar el riesgo de que información personal o clínica sea conocida por personas no autorizadas.

En urgencias se manejan datos especialmente sensibles relacionados con diagnósticos, antecedentes, tratamientos, pruebas, consumo de sustancias, salud mental, situaciones de violencia, accidentes, circunstancias familiares o sociales y otros aspectos que afectan directamente a la intimidad del paciente.

La protección de esta información no corresponde únicamente al personal sanitario. Administrativos, celadores, personal de seguridad, limpieza, técnicos, mantenimiento y otros profesionales pueden conocer datos sobre las personas atendidas durante el desarrollo de su actividad.

Las características propias de las urgencias no eliminan las obligaciones de confidencialidad. La necesidad de actuar rápidamente debe compatibilizarse con medidas razonables que permitan proteger la privacidad sin dificultar la asistencia.

- **Metodología**

Para la elaboración de este capítulo se realizó una revisión narrativa de la normativa y recomendaciones relacionadas con protección de datos personales, confidencialidad, autonomía del paciente y tratamiento de información sanitaria.

Se tuvieron en cuenta los principios establecidos en el Reglamento General de Protección de Datos, la Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, y la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente.

La información se organizó en torno a las principales situaciones de riesgo presentes en los servicios de urgencias: admisión, triaje, salas de espera, boxes compartidos, información a familiares, documentación, sistemas informáticos, comunicación entre profesionales y gestión de situaciones especialmente sensibles.

- **Resultados**

    - **Confidencialidad en admisión**

El primer contacto del paciente con urgencias suele producirse en el área administrativa.

Durante el proceso pueden solicitarse datos identificativos, motivo general de consulta, dirección, teléfono u otra información necesaria.

La conversación debe realizarse con suficiente discreción, evitando preguntar en voz alta detalles clínicos que puedan ser escuchados por otros usuarios.

Las pantallas deben situarse de manera que la información no pueda ser visualizada fácilmente desde las zonas de espera.

También debe evitarse dejar documentos, etiquetas o listados sobre mostradores accesibles al público.

- **Privacidad durante el triaje**

El triaje requiere obtener información clínica para determinar la prioridad asistencial.

Siempre que las instalaciones lo permitan, la valoración debería realizarse en un espacio que proporcione un grado adecuado de privacidad.

Preguntas relacionadas con síntomas, embarazo, consumo de sustancias, salud mental, violencia o determinados antecedentes pueden resultar especialmente sensibles.

Debe evitarse formularlas delante de otros pacientes o acompañantes cuando su presencia no sea necesaria.

- **Salas de espera**

Las salas de espera presentan un riesgo importante de exposición de información.

Los sistemas utilizados para llamar a los pacientes deben limitarse a los datos necesarios para identificarlos.

No deben mostrarse listados de nombres, diagnósticos o motivos de consulta en lugares visibles.

El personal debe evitar comentar públicamente por qué una persona está siendo atendida o qué prueba va a realizarse cuando dicha información no sea necesaria.

- **Boxes y espacios compartidos**

En determinados servicios existen boxes separados únicamente mediante cortinas o espacios asistenciales donde varios pacientes permanecen relativamente próximos.

Estas circunstancias dificultan mantener conversaciones completamente privadas.

Los profesionales deben controlar el volumen de voz y evitar comunicar información especialmente sensible cuando otras personas puedan escucharla.

Cuando sea posible, determinadas conversaciones deberían trasladarse a un espacio más privado.

Las cortinas, puertas y biombos también deben utilizarse correctamente para proteger la intimidad física durante exploraciones y procedimientos.

- **Información a familiares**

Los familiares pueden solicitar información de forma frecuente, especialmente cuando el paciente permanece varias horas en urgencias.

La presencia o parentesco no supone automáticamente autorización para conocer todos los datos clínicos.

Siempre que el estado del paciente lo permita, debe respetarse su voluntad sobre quién puede recibir información.

Cuando se facilite información a familiares autorizados, debe procurarse hacerlo en un lugar adecuado y evitando que otras personas escuchen la conversación.

- **Pacientes que llegan acompañados**

El hecho de acudir con un acompañante no significa necesariamente que el paciente quiera que permanezca presente durante toda la valoración.

Cuando se traten asuntos sensibles, resulta conveniente comprobar si desea continuar la conversación en presencia de esa persona.

Esto cobra especial importancia ante sospechas de violencia, problemas de salud sexual, salud mental, consumo de drogas o conflictos familiares.

Garantizar momentos de atención individual puede ser esencial tanto para la privacidad como para la seguridad del paciente.

- **Comunicación entre profesionales**

La urgencia asistencial exige una transmisión rápida de información entre médicos, enfermería, TCAE, técnicos y otros profesionales.

Sin embargo, esta comunicación debe limitarse a los datos necesarios para garantizar una atención adecuada.

No deben comentarse casos clínicos en ascensores, cafeterías o zonas de paso cuando puedan ser escuchados por terceras personas.

Los cambios de turno y transferencias de pacientes deben realizarse con la mayor discreción posible.

- **Papel de los celadores**

Los celadores participan frecuentemente en traslados internos y pueden conocer el destino, estado general o necesidades especiales del paciente.

Deben recibir únicamente la información necesaria para garantizar un traslado seguro.

Los datos conocidos durante su actividad no deben comentarse posteriormente con otros trabajadores que no intervengan en la atención.

Durante los desplazamientos deben evitarse conversaciones clínicas en pasillos y ascensores.

- **Personal de seguridad**

El personal de seguridad puede intervenir en situaciones de agresividad, accidentes, conflictos o restricciones de acceso.

Debe conocer únicamente la información necesaria para desarrollar sus funciones.

No debe facilitar datos sobre la presencia, situación clínica o ubicación de un paciente a personas externas si no está autorizado.

Cuando alguien pregunte por un paciente, la solicitud debe dirigirse a los servicios correspondientes.

- **Documentación y etiquetas**

En urgencias se generan numerosos documentos, pulseras, etiquetas y peticiones de pruebas.

Este material debe mantenerse bajo custodia y no abandonarse sobre camillas, mesas o impresoras.

Las etiquetas sobrantes o los documentos que ya no sean necesarios deben eliminarse mediante los sistemas establecidos para información confidencial.

Una etiqueta desechada incorrectamente puede contener suficientes datos para identificar al paciente.

- **Sistemas informáticos**

La presión asistencial no debe justificar compartir contraseñas o dejar sesiones abiertas.

Cada trabajador debe utilizar sus propias credenciales y bloquear el ordenador cuando abandone temporalmente el puesto.

Las historias clínicas deben consultarse únicamente cuando exista una necesidad profesional.

El ingreso de una persona conocida, famosa o relacionada con algún trabajador no autoriza a consultar su información por curiosidad.

- **Situaciones especialmente sensibles**

Urgencias puede atender a víctimas de violencia de género, agresiones sexuales, menores, personas con problemas de salud mental, intoxicaciones o situaciones sociales complejas.

En estos casos la información puede tener consecuencias importantes para la seguridad y dignidad de la persona.

Debe limitarse estrictamente el acceso a quienes necesiten conocer los datos y evitar comentarios informales.

La presencia de personas que puedan representar un riesgo para el paciente requiere seguir los protocolos específicos del centro.

- **Consultas telefónicas**

Es frecuente que familiares llamen para preguntar si una persona ha acudido a urgencias o conocer su estado.

La identidad del interlocutor puede ser difícil de comprobar.

Por ello, no debe facilitarse información sin aplicar los procedimientos establecidos.

Confirmar incluso la presencia de una persona en el servicio puede constituir información personal que debe protegerse.

- **Comunicación de incidencias**

Si se entrega documentación equivocada, se pierde un informe, se detecta un acceso indebido o se facilita información a una persona no autorizada, el incidente debe comunicarse inmediatamente.

La rapidez permite adoptar medidas para reducir posibles consecuencias.

La elevada carga de trabajo puede favorecer errores, pero no debe ser motivo para ocultarlos.

- **Conclusión**

Los servicios de urgencias presentan especiales dificultades para garantizar la confidencialidad debido a la rapidez de la atención, la elevada afluencia y la utilización frecuente de espacios compartidos.

Sin embargo, la protección de la privacidad debe mantenerse como parte esencial de la calidad asistencial.

Personal sanitario y no sanitario debe limitar el acceso y comunicación de datos a la información estrictamente necesaria, proteger documentos y pantallas, utilizar correctamente los espacios disponibles y respetar las preferencias del paciente respecto a familiares y acompañantes.

Pequeñas medidas, como reducir el tono de voz, cerrar una cortina, bloquear una pantalla o trasladar una conversación especialmente sensible a un lugar más privado, pueden evitar importantes vulneraciones.

Integrar la confidencialidad en la dinámica cotidiana de urgencias permite proteger la dignidad de los pacientes sin comprometer la rapidez ni la eficacia de la atención.

- **Bibliografía**

- Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. **Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas respecto al tratamiento de datos personales**.
- España. **Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales**. *Boletín Oficial del Estado*.
- España. **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica**.
- Agencia Española de Protección de Datos. **Guía para profesionales del sector sanitario**. Madrid: AEPD.
- Ministerio de Sanidad. **Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud**. Madrid: Ministerio de Sanidad.

Evaluación de la eficacia de los simulacros de incendio en hospitales de media y larga estancia para personal sanitario y no sanitario

Un hospital es un ecosistema vivo, complejo y en constante funcionamiento. A diferencia de otros edificios públicos donde la evacuación ante un incendio se basa en la salida rápida y ordenada de personas autónomas, un hospital alberga a personas vulnerables cuya supervivencia depende directamente de otros.

Esta realidad se intensifica exponencialmente en los **hospitales de media y larga estancia (HMLE)**. En estos centros (que incluyen unidades de convalecencia, rehabilitación, cuidados paliativos, psicogeriatría o atención a crónicos complejos), la mayoría de los pacientes presentan un alto grado de dependencia, movilidad reducida, soporte clínico continuo (como ventilación mecánica o sueroterapia) o deterioros cognitivos graves (como demencias).

Ante un conato de incendio, **el plan de autoprotección no puede basarse en la improvisación**. Los simulacros de evacuación y extinción son la única herramienta para garantizar que, llegado el momento, la respuesta sea automática, coordinada y segura. Pero ¿cómo sabemos si nuestros simulacros

son realmente eficaces? No basta con "hacerlos"; debemos evaluarlos científicamente.

Este artículo analiza, de forma exhaustiva, cómo evaluar la eficacia de estos simulacros, diferenciando los roles clave del **personal sanitario y no sanitario**, e identificando las métricas críticas para transformar un simple ejercicio de entrenamiento en una garantía real de supervivencia.

1. El desafío único de los hospitales de media y larga estancia (HMLE)

Para comprender la importancia de evaluar los simulacros en HMLE, primero debemos contrastar sus particularidades frente a los hospitales de agudos:

- **Baja ratio de personal, especialmente de noche:** En los HMLE, el volumen de personal sanitario por paciente durante el turno nocturno suele ser significativamente menor que en un hospital de agudos. Evaluar la eficacia de un simulacro nocturno es, por tanto, el escenario más crítico y real.
- **Pacientes no colaboradores:** El pánico, la desorientación o el deterioro cognitivo de los pacientes ingresados pueden hacer que se resistan a ser trasladados.
- **Dependencia tecnológica y física:** Muchos pacientes no pueden caminar. Su evacuación requiere el uso de técnicas de arrastre, colchones de evacuación, sillas de rescate o la movilización de camas completas.
- **Evacuación horizontal compartimentada:** En centros sanitarios, la evacuación vertical (bajar escaleras) es el último recurso. La estrategia principal es la **evacuación horizontal**, es decir, trasladar a los pacientes de un sector de incendio a otro seguro en la misma planta, cruzando puertas cortafuegos (sectorización).

2. Indicadores clave (KPIs) para evaluar la eficacia de un simulacro

Para medir si un simulacro ha sido exitoso, la institución debe definir variables objetivas (cuantitativas) y subjetivas (cualitativas). Registrar simplemente "aprobado" o "suspendido" es inútil para la mejora continua.

A. Indicadores cuantitativos (Métricas de tiempo y acción)

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO RECOMENDADO
Tiempo de detección y alerta	Periodo desde el inicio del conato (ficticio) hasta que se activa la alarma interna.	< 1 minuto

INDICADOR	DESCRIPCIÓN	OBJETIVO RECOMENDADO
Tiempo de primera intervención	Tiempo en que el personal del sector afectado llega al lugar con un extintor/medio de extinción.	< 2 minutos
Tiempo de sectorización	Cierre de todas las puertas cortafuegos de la planta para aislar el humo y el fuego.	< 3 minutos
Tiempo de evacuación horizontal	Tiempo total invertido en trasladar a todos los pacientes del sector afectado al sector seguro.	Variable según dependencia (media: < 5-8 min)
Tasa de error en el uso de equipos	Porcentaje de trabajadores que manipulan incorrectamente extintores o sistemas de alarma.	0%

B. Indicadores Cualitativos (Factores humanos y de proceso)

- **Coordinación de los equipos de emergencia internos:** Evaluación del desempeño del Jefe de Emergencias, Jefe de Intervención y los Equipos de Primera y Segunda Intervención (EPI y ESI).
- **Uso de la comunicación verbal y gestual:** Análisis de si los mensajes de alerta fueron claros o si se generó un caos sonoro innecesario (gritos, alarmas mal gestionadas).
- **Gestión del "paciente difícil":** Evaluación de cómo reaccionó el personal ante figurantes que simulaban pánico, desorientación o negativa a moverse.
- **Cumplimiento del algoritmo R.A.C.E. (en español, A.S.E.R.):**
    - **A**lertar (dar la alarma).
    - **S**alvar (rescatar a personas en peligro inmediato).
    - **E**mpacar/Compartimentar (cerrar puertas para contener el humo).
    - **R**esolver/Extinguir (tratar de apagar si es seguro, o evacuar).

3. El rol del Personal Sanitario: priorizando la vida en la cabecera del paciente

El personal sanitario (médicos, enfermeros, TCAEs, fisioterapeutas) se encuentra en la zona caliente durante una emergencia. Su principal misión no es apagar el fuego, sino **proteger y evacuar a los pacientes**.

Aspectos clave a evaluar en el personal sanitario durante el simulacro:

- **Clasificación rápida de pacientes (Triage de evacuación):** Ante una emergencia, el orden de evacuación es inverso al de la gravedad médica. Se debe evaluar si el personal sanitario evacua primero a los pacientes autónomos (que pueden salir por su propio pie y despejar la zona), seguidos de los dependientes con ayuda y, en último lugar, los pacientes críticos o de cuidados paliativos que requieren un soporte vital complejo durante el traslado.
- **Uso de técnicas de transferencia de emergencia:** Se evalúa la destreza del personal sanitario para colocar al paciente en el suelo usando sábanas o colchones de evacuación de arrastre rápido, evitando lesiones tanto en el enfermo como en la espalda del profesional.
- **Gestión de sistemas de soporte vital portátiles:** La capacidad de desconectar rápidamente una vía o acoplar una bala de oxígeno portátil sin interrumpir de forma crítica la estabilidad del paciente.

4. El rol del Personal No Sanitario: el soporte vital de la seguridad

El personal no sanitario (personal de admisión, mantenimiento, administración, limpieza, cocina y celadores) es el engranaje que sostiene el plan de autoprotección. Sin su correcta actuación, el personal sanitario se vería desbordado.

Aspectos clave a evaluar en el personal no sanitario:

- **Personal de Mantenimiento:** Su velocidad para sectorizar instalaciones (cortar líneas de gases medicinales si es necesario, asegurar el funcionamiento de los grupos electrógenos, desbloquear puertas de salida de emergencia electromagnéticas y controlar los ascensores para que queden bloqueados en la planta baja).
- **Celadores:** Su agilidad en el transporte de material de apoyo (sillas de ruedas, camillas) y el soporte físico directo al personal sanitario en las maniobras de evacuación.
- **Personal de Admisión e Información:** Su capacidad para gestionar la llamada a los servicios de emergencia externos (Bomberos, 112) proporcionando datos exactos de localización, número de pacientes afectados y estado de la sectorización.

- **Personal de Limpieza y Cocina:** Su conocimiento para despejar inmediatamente los pasillos de carros de ropa, comida o limpieza que puedan obstruir las vías de evacuación.

5. Errores críticos detectados en las evaluaciones de simulacros

La literatura científica en seguridad hospitalaria identifica de forma reiterada los mismos fallos durante los simulacros en HMLE. Identificarlos nos permite diseñar listas de verificación más estrictas:

El "Efecto Espectador": Creer que "otro" ya ha llamado a los bomberos o que "otro" va a coger el extintor. La evaluación debe medir si hay una asignación clara y unívoca de funciones en cada turno.

- **Olvidar cerrar las puertas al salir (Fallo de compartimentación):** En un incendio hospitalario, el humo mata mucho antes que las llamas. Dejar una puerta abierta en la habitación de origen del fuego permite que el monóxido de carbono inunde el pasillo, anulando la vía de evacuación horizontal.
- **Uso indebido de ascensores:** Persistencia de trabajadores en intentar usar los ascensores por comodidad en lugar de utilizar las vías de evacuación horizontal o rampas destinadas a tal fin.
- **Falta de realismo en la simulación del humo:** Si el simulacro se realiza con visibilidad perfecta, no se entrena el factor psicológico del descontrol espacial. El uso de máquinas de humo inocuo o gafas de simulación de baja visibilidad incrementa exponencialmente la fidelidad del ejercicio.

6. Metodología para una evaluación científica del simulacro

Para que el simulacro aporte datos válidos, se debe estructurar bajo una metodología de auditoría en tres fases:

Fase 1: Planificación e instalación de observadores

Se designa un comité de evaluación independiente provisto de cronómetros y hojas de registro normalizadas. Estos observadores se distribuyen estratégicamente en:

- El punto de origen del incendio.
- El control de enfermería (centro de comunicaciones de la planta).
- Las puertas cortafuegos de la sectorización.
- La salida de emergencia o zona de seguridad.

Fase 2: El ejercicio y registro de desviaciones

Durante el simulacro, los observadores registran de forma pasiva (sin intervenir, salvo riesgo físico real) los tiempos exactos y los fallos de procedimiento.

Fase 3: El Debriefing (Sesión de análisis posterior)

Inmediatamente después de finalizar el ejercicio, se reúne a los representantes de todos los turnos y estamentos (sanitarios y no sanitarios). Se analizan los aciertos y las áreas de mejora de forma constructiva. Este paso es el más valioso de todo el proceso de evaluación.

7. Recomendaciones prácticas para optimizar la seguridad

- **Formación continua y píldoras formativas:** No delegue la formación únicamente al día del simulacro anual. Realice micro-entrenamientos periódicos de 15 minutos en el propio puesto de trabajo (cómo descolgar un extintor, cómo desplegar una manta de evacuación).
- **Rotación de escenarios:** No repita siempre el simulacro en la misma planta ni a la misma hora. El turno de noche debe ser auditado de manera prioritaria debido a la vulnerabilidad por la falta de personal.
- **Integración de la señalización táctil e inteligente:** Evaluar la implementación de sistemas luminosos dinámicos que cambien de dirección si un pasillo está obstruido por el humo.

8. Conclusión

La evaluación de la eficacia de los simulacros en los hospitales de media y larga estancia no puede reducirse a un mero trámite administrativo para cumplir con la legislación de prevención de riesgos laborales.

Para el personal sanitario, representa la diferencia entre saber salvar vidas bajo presión extrema o verse superado por la catástrofe. Para el personal no sanitario, representa el orgullo de ser el escudo que contiene el peligro y facilita el rescate.

Analizar sistemáticamente cada segundo invertido, cada puerta cerrada a tiempo y cada comunicación realizada con éxito es la única vía para construir un hospital verdaderamente seguro, donde la vulnerabilidad del paciente crónico o dependiente esté plenamente protegida por la excelencia operativa de sus trabajadores.

Bibliografía

- **Lantarón-Sánchez, S.** (2013). *Investigación sobre la seguridad frente a incendios en los hospitales españoles: Situación actual y solución propuesta*. Revista DYNA, 88(1), 68–73. https://doi.org/10.6036/5047
- **Preet, A., Attri, R., & Nadda, A.** (2026). *Enhancing fire safety readiness in a medical college: faculty training outcomes and fire drill performance evaluation*. International Journal of Community Medicine and Public

Health, 13(4), 1516-1522. https://doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20262062

- **Smeijers, A. S., & Ens-Dokkum, M. H.** (2018). *Barriers in healthcare during emergency evacuations: A systematic review of literature on the emergency response training effectiveness*. Patient Education and Counseling, 101(7), 1105-1114.
- **Zayed, H. A., Hassan, N. M., & Aly, F. A.** (2022). *Effectiveness of Advanced Fire Prevention and Emergency Response Training at Nursing Homes and Long-Term Care Facilities*. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(20), 13320. https://doi.org/10.3390/ijerph192013320
- **Juba, R., Green, T., & Williams, L.** (2023). *The Effectiveness of Simulated Emergency Drills in Improving Evacuation Outcomes in Aged Care and Long-Term Healthcare Homes*. Journal of Safety Science and Disaster Management, 11(2), 75-84.
- **Real Decreto 393/2007**, de 23 de marzo, por el que se aprueba la Norma Básica de Autoprotección de los centros, establecimientos y dependencias dedicados a actividades que puedan dar origen a situaciones de emergencia. *Boletín Oficial del Estado (BOE)*, nº 72.
- **Occupational Safety and Health Administration (OSHA).** (2020). *Fire Safety and Evacuation in Healthcare Facilities: Guidelines for Special and Long-Term Care Settings*. Washington D.C.: U.S. Department of Labor.

Estrés laboral en el ámbito sanitario: identificación, prevención e intervención para personal sanitario y no sanitario

Introducción

El estrés laboral constituye uno de los principales riesgos psicosociales presentes en las organizaciones sanitarias y sociosanitarias. La asistencia sanitaria se desarrolla en un entorno complejo, dinámico y sometido a una elevada presión, donde la toma de decisiones, la atención continuada a personas, la gestión de recursos limitados y la necesidad de mantener elevados estándares de calidad pueden generar importantes niveles de tensión.

Aunque tradicionalmente se ha asociado el estrés laboral a médicos y profesionales de enfermería, la realidad demuestra que afecta a todas las categorías profesionales. El personal administrativo, celadores, técnicos,

personal de limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería, informática, logística, gestión económica, recursos humanos y seguridad también están expuestos a factores que pueden desencadenar estrés cuando las exigencias del puesto superan la capacidad de adaptación de la persona.

Cuando el estrés es puntual puede favorecer la capacidad de respuesta ante determinadas situaciones. Sin embargo, cuando se mantiene en el tiempo y no se adoptan medidas preventivas, puede afectar gravemente a la salud física y psicológica de los trabajadores, disminuir el rendimiento profesional, incrementar la probabilidad de errores y deteriorar la calidad de la atención prestada. Por ello, la prevención del estrés laboral debe integrarse dentro de la política de prevención de riesgos laborales de cualquier organización sanitaria.

Concepto de estrés laboral

El estrés laboral es la respuesta física, emocional, cognitiva y conductual que experimenta una persona cuando percibe un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone para hacerles frente.

No todas las personas reaccionan de la misma manera ante una misma situación, ya que intervienen factores personales, organizativos y sociales. No obstante, cuando el estrés es intenso o prolongado puede convertirse en un importante problema de salud laboral.

Factores de riesgo

En el ámbito sanitario existen numerosos factores que favorecen la aparición del estrés laboral.

Entre los más frecuentes destacan:

- Sobrecarga de trabajo.
- Escasez de personal.
- Turnicidad y trabajo nocturno.
- Jornadas prolongadas.
- Falta de autonomía.
- Ambigüedad en las funciones.
- Cambios organizativos continuos.
- Exposición al sufrimiento, la enfermedad y la muerte.
- Atención a usuarios conflictivos.
- Insuficiente reconocimiento profesional.

La combinación de varios factores incrementa considerablemente el riesgo.

Manifestaciones del estrés laboral

Las consecuencias pueden aparecer en diferentes ámbitos.

Manifestaciones físicas

- Fatiga persistente.
- Cefaleas.
- Trastornos digestivos.
- Dolor muscular.
- Alteraciones del sueño.
- Palpitaciones.

Manifestaciones psicológicas

- Ansiedad.
- Irritabilidad.
- Desmotivación.
- Dificultad para concentrarse.
- Sensación de desbordamiento.
- Cambios de humor.

Manifestaciones laborales

- Descenso del rendimiento.
- Mayor número de errores.
- Incremento del absentismo.
- Dificultades para trabajar en equipo.
- Conflictos laborales.
- Menor capacidad para resolver problemas.

Consecuencias para la organización

El estrés laboral también afecta al funcionamiento institucional.

Entre sus principales consecuencias destacan:

- Disminución de la productividad.
- Incremento de las bajas laborales.

- Rotación del personal.
- Mayor probabilidad de accidentes de trabajo.
- Incremento de reclamaciones y conflictos.
- Descenso de la calidad asistencial.
- Pérdida de compromiso con la organización.
- Dificultad para fidelizar profesionales.

La prevención del estrés constituye una inversión en calidad y sostenibilidad.

Evaluación de los riesgos psicosociales

La identificación de los factores de riesgo debe realizarse mediante una evaluación específica.

Esta evaluación debe contemplar:

- Organización del trabajo.
- Carga física y mental.
- Ritmos de trabajo.
- Liderazgo.
- Comunicación interna.
- Participación de los trabajadores.
- Apoyo social.
- Conciliación de la vida laboral y personal.

Los resultados permiten implantar medidas preventivas adaptadas a cada organización.

Estrategias preventivas organizativas

Las actuaciones más eficaces se centran en la organización del trabajo.

Entre ellas destacan:

- Adecuar las plantillas a la carga asistencial.
- Definir claramente las funciones.
- Favorecer la participación de los trabajadores.
- Mejorar la comunicación interna.
- Implantar estilos de liderazgo participativos.

- Facilitar la conciliación laboral y familiar.
- Organizar pausas y descansos adecuados.
- Promover programas de bienestar laboral.

Estas medidas reducen significativamente la exposición a los riesgos psicosociales.

Estrategias preventivas individuales

Cada profesional también puede desarrollar habilidades que favorezcan una mejor adaptación al estrés.

Resultan especialmente útiles:

- Organización del tiempo.
- Priorización de tareas.
- Comunicación asertiva.
- Técnicas de relajación.
- Actividad física regular.
- Descanso suficiente.
- Alimentación saludable.
- Solicitud de apoyo cuando sea necesario.

Estas actuaciones complementan, pero nunca sustituyen, las medidas organizativas.

Papel del personal sanitario

El personal sanitario puede contribuir a prevenir el estrés mediante:

- Cumplimiento de los protocolos de trabajo.
- Trabajo coordinado con el resto del equipo.
- Comunicación efectiva.
- Participación en programas formativos.
- Detección precoz de signos de sobrecarga.
- Apoyo mutuo entre compañeros.

Estas prácticas favorecen un entorno asistencial más seguro y saludable.

Papel del personal no sanitario

El personal no sanitario también puede verse afectado por elevados niveles de estrés debido a las características de su actividad.

El personal administrativo gestiona una importante carga de trabajo, atención continuada al público, resolución de incidencias y coordinación entre diferentes servicios.

Los celadores afrontan tareas físicamente exigentes, movilización de pacientes y situaciones de urgencia que requieren rapidez y coordinación.

Los profesionales de limpieza, lavandería, cocina, mantenimiento, informática, logística y seguridad desarrollan funciones esenciales para el funcionamiento del centro, frecuentemente bajo presión temporal y con elevados niveles de responsabilidad.

Los departamentos de recursos humanos, prevención de riesgos laborales y dirección deben impulsar políticas organizativas que reduzcan los factores de riesgo, favorezcan la participación de los trabajadores y promuevan un clima laboral saludable.

Actuación ante situaciones de estrés mantenido

Cuando el estrés persiste en el tiempo resulta recomendable:

- Identificar los factores desencadenantes.
- Informar a los responsables cuando existan problemas organizativos.
- Solicitar apoyo a los servicios de prevención.
- Acceder a programas de apoyo psicológico cuando estén disponibles.
- Revisar la organización del trabajo.
- Realizar seguimiento de la evolución.

La intervención precoz reduce el riesgo de desarrollar problemas de salud más graves.

Formación y sensibilización

La formación constituye un elemento fundamental para prevenir el estrés laboral.

Los programas deberían incluir:

- Gestión de riesgos psicosociales.
- Comunicación interpersonal.
- Resolución de conflictos.
- Gestión emocional.

- Organización del trabajo.
- Detección precoz del estrés y del burnout.

La sensibilización favorece una mayor implicación de todos los profesionales.

Principales desafíos

Las organizaciones sanitarias deben afrontar importantes retos.

Entre ellos destacan:

- Envejecimiento de las plantillas.
- Incremento continuo de la demanda asistencial.
- Escasez de profesionales.
- Digitalización de procesos.
- Mayor complejidad organizativa.
- Necesidad de adaptación constante a nuevos procedimientos.

Estos desafíos requieren estrategias preventivas dinámicas y sostenibles.

Perspectivas de futuro

La prevención del estrés laboral evolucionará mediante:

- Sistemas digitales de evaluación del bienestar.
- Plataformas de apoyo emocional.
- Inteligencia artificial para detectar indicadores de sobrecarga.
- Modelos de liderazgo saludable.
- Programas de promoción del bienestar laboral.
- Integración de los riesgos psicosociales en la planificación estratégica de las organizaciones.

Estas iniciativas contribuirán a mejorar la salud de los trabajadores y la calidad de los servicios.

Conclusiones

El estrés laboral representa uno de los principales desafíos para las organizaciones sanitarias debido a sus repercusiones sobre la salud de los trabajadores, la calidad asistencial y la eficiencia institucional. Su prevención exige un enfoque integral que combine medidas organizativas, formación, participación de los profesionales y promoción del bienestar.

La colaboración del personal sanitario y del personal no sanitario resulta imprescindible para identificar los factores de riesgo, desarrollar entornos laborales saludables y fortalecer una cultura preventiva basada en la mejora continua. La inversión en prevención del estrés laboral repercute directamente en la seguridad de los pacientes, en la satisfacción de los profesionales y en la sostenibilidad del sistema sanitario.

Bibliografía

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos psicosociales*.

Organización Mundial de la Salud (OMS). *Guidelines on Mental Health at Work*.

Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (EU-OSHA). *Psychosocial Risks and Stress at Work*.

Organización Internacional del Trabajo (OIT). *Safety and Health at Work*.

Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Seguridad y Salud en el Trabajo en el ámbito sanitario*.

Maslach C, Leiter MP. *Burnout at Work: A Psychological Perspective*.

Gestión del estrés para personal sanitario y no sanitario: estrategias para cuidar la salud y el bienestar laboral

- **Introducción**

El estrés laboral constituye uno de los principales desafíos relacionados con el bienestar de las personas trabajadoras. Puede aparecer cuando las demandas del puesto, la organización del trabajo o las circunstancias personales superan los recursos disponibles para afrontarlas adecuadamente.

Aunque determinadas profesiones sanitarias presentan factores específicos de riesgo, el estrés no es exclusivo del sector sanitario. Personal administrativo, docentes, trabajadores sociales, personal de atención al público, profesionales técnicos, responsables de equipos y trabajadores de numerosos sectores pueden experimentar situaciones de elevada presión.

El objetivo de la prevención no debe consistir únicamente en enseñar a las personas a “soportar” el estrés. También resulta necesario analizar las condiciones organizativas que lo generan.

- **Factores relacionados con el estrés**

Las causas del estrés laboral pueden ser diversas. Entre ellas aparecen la sobrecarga de trabajo, la falta de autonomía, los plazos excesivamente ajustados, la ambigüedad de funciones, los conflictos interpersonales, la falta de apoyo, la inseguridad laboral y la dificultad para conciliar vida profesional y personal.

El INSST identifica precisamente factores como las altas demandas psicológicas, la escasa autonomía, el bajo apoyo social, la prolongación de la jornada laboral, la sobrecarga, el conflicto de rol, la falta de reconocimiento y la violencia como elementos relevantes en los riesgos psicosociales.

- **Estrés puntual y estrés mantenido**

No todo estrés tiene las mismas características. Una situación puntual puede generar activación y permitir responder a una demanda concreta. El problema aparece cuando la presión se mantiene durante largos periodos sin recuperación suficiente.

El estrés mantenido puede relacionarse con alteraciones del sueño, cansancio, irritabilidad, dificultades de concentración y disminución del bienestar. En determinados contextos puede contribuir al agotamiento profesional.

Por esta razón, no resulta suficiente recomendar técnicas individuales de relajación si las causas organizativas permanecen intactas.

- **Prevención desde la organización**

La prevención debe comenzar por identificar los factores de riesgo. Una empresa o institución debería analizar la distribución de cargas, los horarios, los recursos disponibles, la claridad de las funciones y las relaciones dentro de los equipos.

También es importante revisar si las expectativas son realistas. Cuando se asignan más tareas de las que razonablemente pueden realizarse con los recursos existentes, el problema no puede solucionarse exclusivamente mediante formación en gestión del tiempo.

La planificación y la priorización permiten reducir parte de la presión. Establecer qué actividades son esenciales, cuáles pueden aplazarse y cuáles pueden delegarse ayuda a evitar una sensación constante de urgencia.

- **Estrategias individuales**

Las estrategias personales complementan, pero no sustituyen, las medidas organizativas.

Entre ellas pueden incluirse:

- Establecer prioridades.
- Realizar pausas adecuadas.
- Mantener horarios razonables de descanso.
- Practicar actividad física.
- Favorecer una alimentación equilibrada.

- Mantener relaciones sociales.
- Establecer límites frente a la hiperconectividad.
- Solicitar apoyo cuando sea necesario.

También resulta importante reconocer las señales personales de sobrecarga.

- **El papel de los responsables**

Los mandos intermedios y responsables tienen una influencia importante. Un liderazgo que permite plantear dificultades, distribuye adecuadamente las tareas y reconoce el trabajo puede contribuir a mejorar el clima laboral.

Por el contrario, la normalización permanente de jornadas excesivas o la cultura de disponibilidad constante pueden aumentar los riesgos psicosociales.

- **Conclusión**

La gestión del estrés debe abordarse desde una perspectiva integral. El autocuidado es importante, pero debe acompañarse de condiciones laborales adecuadas.

Esta visión resulta válida tanto para personal sanitario como no sanitario. La prevención eficaz exige identificar los factores de riesgo, intervenir sobre la organización y proporcionar herramientas para afrontar las demandas profesionales.

- **Bibliografía**

- INSST. Riesgos laborales psicosociales. **P**Portal INSST
- INSST. Documentación sobre estrés laboral. Portal INSST
- INSST. Directrices básicas para la gestión de los riesgos psicosociales.
- Organización Mundial de la Salud. Mental health at work. WHO.

Escucha Activa y la Empatía: Pilares Esenciales para el Personal Sanitario y No Sanitario

La calidad de un sistema de salud no solo se mide por la vanguardia de su tecnología o la precisión de sus diagnósticos, sino también por la calidez humana en el trato. En este contexto, la escucha activa y la empatía se erigen como herramientas terapéuticas fundamentales. Lejos de ser habilidades exclusivas de los médicos o enfermeros, su aplicación concierne a todo el personal de una organización de salud, abarcando tanto al personal sanitario como al no sanitario (administrativos, celadores, personal de limpieza y recepción).

¿Qué es la Escucha Activa y por qué difiere del Oír?

El acto de oír es una capacidad fisiológica involuntaria que se limita a percibir ondas sonoras. En contraposición, escuchar es un proceso cognitivo y emocional consciente que implica interpretar, comprender y valorar el mensaje del otro.

La escucha activa requiere un esfuerzo deliberado por parte del receptor. No se trata meramente de guardar silencio mientras el paciente o usuario habla, sino de demostrar que se está procesando su mensaje mediante señales verbales (como fórmulas de reafirmación: "entiendo", "comprendo") y no verbales (contacto visual constante, postura abierta, expresión facial receptiva y ausencia de distracciones como mirar pantallas o papeles de forma continuada).

La Empatía: Más Allá de la Simpatía

La empatía a menudo se confunde con la simpatía, pero en el ámbito de la salud poseen matices muy diferentes. Mientras que la simpatía implica una sintonía afectiva donde el profesional se contagia de la emoción del paciente, la empatía profesional consiste en la capacidad de comprender el mundo emocional del otro sin perder la propia objetividad.

Para el personal sanitario, la empatía permite entender los miedos, la vulnerabilidad y las expectativas del paciente frente a la enfermedad. Para el personal no sanitario —como el recepcionista que recibe a un usuario angustiado o el celador que traslada a un paciente desorientado—, la empatía representa el primer filtro de contención emocional. Un trato empático reduce drásticamente los niveles de ansiedad en el entorno clínico, facilitando la colaboración del usuario.

Aplicación Práctica: Personal Sanitario vs. No Sanitario

Si bien el objetivo común es el bienestar del paciente, las funciones difieren según el rol:

- Personal Sanitario (Médicos, Enfermeros, Técnicos): Utilizan la escucha activa para obtener una anamnesis más certera, descubrir datos clínicos ocultos que el paciente omite por vergüenza o temor, y fomentar la adherencia al tratamiento. Validar las emociones del enfermo ("comprendo que este diagnóstico le preocupe") fortalece la alianza terapéutica.
- Personal No Sanitario (Administrativos, Admisión, Celadores): Son habitualmente la primera y la última impresión del paciente en el centro. Su aplicación de la escucha empática ayuda a calmar la crispación en momentos de espera prolongada o incertidumbre burocrática, previniendo conflictos y transformando una experiencia estresante en un proceso humano y ordenado.

Conclusión

Integrar la escucha activa y la empatía en el día a día de las instituciones sanitarias humaniza la asistencia, reduce los errores derivados de una mala comunicación y disminuye el desgaste profesional (burnout). Entender al otro como un ser humano integral —y no como un simple expediente o tarea— es un compromiso ético indispensable para cualquier trabajador de la salud, tenga o no contacto clínico directo.

Bibliografía

1. Subiela García JA, Tena García A, Pérez Gordillo E. La importancia de la Escucha Activa en la intervención Enfermera. Enfermería Global. 2014;13(34):276-292.

2. Maza-de la Torre G, Motta-Ramírez GA. La empatía, la comunicación efectiva y la asertividad en la práctica médica actual. Revista de Sanidad Militar. 2023;77(1):e01.

3. semFYC. Habilidades básicas para la escucha. En: Escuchar al paciente. Barcelona: semFYC Ediciones; 2016. p. 31-74.

4. Rodríguez R, Avilés Z, López LM. Comunicación y escucha activa por parte del profesional de Enfermería a pacientes con cáncer ginecológico: una

revisión bibliográfica. Revista Española de Comunicación en Salud. 2018;9(2):221-229.

LA HUMANIZACION DE LA ATENCION AL PACIENTE UN COMPROMISO DE TODO

EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

La humanización de la atención sanitaria es un modelo de trabajo que sitúa a la persona en el centro del proceso asistencial. No solo implica ofrecer una atención clínica de calidad, sino también reconocer las necesidades emocionales, sociales y culturales de los pacientes y sus familias. En la actualidad, los avances tecnológicos y el aumento de la complejidad de los sistemas de salud hacen que sea aún más necesario mantener un trato cercano, respetuoso y empático.

Aunque tradicionalmente se ha asociado la humanización al trabajo de médicos y enfermeros, la realidad es que todos los profesionales que forman parte de un centro sanitario contribuyen a la experiencia del paciente. Desde el personal administrativo hasta los profesionales de limpieza, mantenimiento, seguridad, cocina o transporte sanitario, cada interacción influye en la percepción de calidad y bienestar de quienes reciben atención.

El papel del personal sanitario

El personal sanitario mantiene un contacto directo con los pacientes durante el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las enfermedades. Por ello, además de la competencia técnica, resulta fundamental desarrollar habilidades de comunicación, escucha activa y empatía.

Una comunicación clara reduce la incertidumbre, mejora la comprensión del tratamiento y favorece la participación del paciente en la toma de decisiones. Asimismo, respetar la autonomía, la privacidad y la dignidad de cada persona fortalece la relación de confianza entre profesional y paciente.

La humanización también implica adaptar la atención a las características individuales, teniendo en cuenta la edad, la cultura, las creencias y las

circunstancias personales. De este modo, se ofrece una asistencia más personalizada y respetuosa.

La importancia del personal no sanitario

El personal no sanitario desempeña un papel esencial, aunque en muchas ocasiones menos visible. La primera impresión que recibe un paciente suele producirse en el mostrador de admisión o durante una llamada telefónica. Un saludo amable, una actitud respetuosa y una información clara pueden disminuir la ansiedad y generar confianza desde el primer momento.

Igualmente, la limpieza de las instalaciones, el mantenimiento adecuado de los espacios, la correcta señalización o la seguridad del centro contribuyen a crear un entorno confortable y seguro. Un hospital limpio, ordenado y accesible transmite profesionalidad y favorece el bienestar físico y emocional.

Los profesionales de apoyo también pueden detectar necesidades o dificultades en los pacientes, comunicándolas al equipo asistencial cuando sea necesario. De esta manera, se fortalece el trabajo multidisciplinar y se mejora la calidad de la atención.

Estrategias para promover la humanización

La humanización requiere el compromiso de toda la organización. Para lograrlo, es recomendable fomentar la formación continua en habilidades comunicativas, inteligencia emocional y atención centrada en la persona.

Asimismo, es importante crear espacios que favorezcan la intimidad y el confort de los pacientes, facilitar la participación de las familias cuando sea posible y promover una cultura basada en el respeto y la colaboración entre profesionales.

Otro aspecto clave es cuidar el bienestar de los trabajadores. Un entorno laboral saludable, con apoyo institucional y buenas condiciones de trabajo, favorece una atención más cercana y de mayor calidad. Los profesionales que se sienten valorados y respaldados tienen mayor capacidad para ofrecer una atención humanizada.

Conclusión

La humanización de la atención sanitaria constituye un elemento fundamental para mejorar la calidad asistencial y la satisfacción de pacientes, familiares y profesionales. No depende exclusivamente del personal sanitario, sino del compromiso conjunto de todas las personas que trabajan en un centro de salud o un hospital. Cada gesto de respeto, escucha y amabilidad contribuye a construir una atención más cercana, segura y centrada en la persona. Apostar por la humanización significa entender que la excelencia asistencial no solo se mide por los resultados clínicos, sino también por la calidad de las relaciones humanas que se establecen durante el proceso de atención.

Bibliografía

.Organización Mundial de la Salud (OMS). People-centred health services: an overview. Ginebra:

OMS.

.Ministerio de Sanidad. Estrategia para el abordaje de la humanización en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad. **.** Bermejo, J. C. (2014). Humanizar la asistencia sanitaria Desclée de Brouwer.

.Organización Mundial de la Salud (2021). Global strategy on people-centred and integrated health services.

.Fundación Humans. Guía de Humanización de la Asistencia Sanitaria.

CÓMO ACTUAR FRENTE AL MOBBING EN EL ÁMBITO SANITARIO PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

El mobbing o acoso laboral constituye un problema creciente en el ámbito sanitario, donde las condiciones de trabajo, la presión asistencial y las jerarquías marcadas pueden favorecer la aparición de conductas hostiles. Este fenómeno afecta tanto al personal sanitario (médicos, enfermeros, auxiliares) como al no sanitario (administrativos, celadores, personal de limpieza), generando consecuencias negativas en la salud física y psicológica de los trabajadores, así como en la calidad asistencial.

El mobbing se caracteriza por conductas repetidas y prolongadas en el tiempo, como humillaciones, aislamiento, descalificación profesional o sobrecarga injustificada de trabajo. Estas acciones buscan desestabilizar a la víctima y, en muchos casos, forzar su abandono del puesto laboral. Identificar estas conductas es el primer paso para actuar de manera eficaz.

Ante una situación de acoso laboral, es fundamental que la persona afectada adopte una actitud activa y documente todos los hechos. Registrar fechas, descripciones de los incidentes, testigos y posibles pruebas (correos electrónicos, mensajes, informes) resulta clave para respaldar cualquier denuncia. Este registro debe ser detallado y mantenerse actualizado.

En segundo lugar, se recomienda comunicar la situación a los superiores jerárquicos o a los departamentos de recursos humanos. En el ámbito sanitario, muchas instituciones cuentan con protocolos específicos frente al acoso laboral, comités de prevención de riesgos laborales o unidades de mediación. Activar estos mecanismos permite iniciar investigaciones internas y adoptar medidas correctivas.

Asimismo, el apoyo social es un elemento esencial. Compartir la situación con compañeros de confianza, familiares o representantes sindicales puede ayudar a reducir el impacto emocional y facilitar la toma de decisiones. Los sindicatos y colegios profesionales suelen ofrecer asesoramiento jurídico y acompañamiento en estos procesos.

Desde el punto de vista psicológico, el mobbing puede provocar ansiedad, depresión, estrés crónico e incluso síndrome de burnout. Por ello, es recomendable buscar ayuda profesional, como psicólogos o servicios de salud

laboral, para gestionar las emociones y fortalecer las estrategias de afrontamiento. El autocuidado, el descanso adecuado y la desconexión fuera del entorno laboral también son aspectos importantes.

En casos en los que las vías internas no resultan eficaces, la víctima puede recurrir a instancias externas, como la inspección de trabajo o la vía judicial. En muchos países, el acoso laboral está reconocido como una vulneración de derechos fundamentales, lo que permite exigir responsabilidades legales a la organización o a los agresores.

Por otro lado, las instituciones sanitarias tienen un papel clave en la prevención del mobbing. Es fundamental promover un clima laboral basado en el respeto, la comunicación y la equidad. La formación en habilidades sociales, liderazgo positivo y gestión de conflictos puede contribuir a reducir la incidencia de estas conductas. Además, la implementación de protocolos claros y accesibles facilita la detección temprana y la intervención eficaz.

Conclusion

El mobbing en el ámbito sanitario es un problema complejo que requiere una respuesta integral. La combinación de acciones individuales, apoyo institucional y medidas preventivas es esencial para proteger la salud de los trabajadores y garantizar un entorno laboral seguro y saludable. Actuar de manera temprana, informada y respaldada por recursos adecuados puede marcar la diferencia en la resolución de estas situaciones.

Bibliografía

. Einarsen, S., Hoel, H., Zapf, D., & Cooper, C. L. (2011). Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice. CRC Press.

. Leymann, H. (1996). The content and development of mobbing at work. European Journal of Work and Organizational Psychology, 5(2), 165-184.

. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2010). Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS

.Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2019). Acoso psicológico en el trabajo.

.Hirigoyen, M. F. (2001). El acoso moral: El maltrato psicológico en la vida cotidiana. Paidós.

COMUNICACION ASERTIVA CON USUARIOS Y FAMILIARES.UNA COMPETENCIA ESENCIAL PARA PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO.

Introducción

La comunicación constituye una herramienta fundamental en la atención a usuarios y familiares, ya que influye directamente en la calidad del servicio, la satisfacción de las personas atendidas y la prevención de conflictos. En los centros sanitarios, sociosanitarios y en cualquier organización de atención al público, tanto el personal sanitario como el no sanitario mantienen un contacto continuo con usuarios que pueden encontrarse en situaciones de preocupación, incertidumbre o estrés. En este contexto, la comunicación asertiva permite establecer relaciones basadas en el respeto, la confianza y la colaboración, favoreciendo una atención más segura, humanizada y eficiente.

Objetivo . Definir el concepto de comunicación asertiva.

. .Identificar los beneficios de la comunicación asertiva con usuarios y familiares.

. Describir las principales estrategias para mejorar la comunicación en el entorno laboral.

. Destacar la importancia de la formación en habilidades comunicativas para prevenir conflictos y mejorar la calidad asistencial.

Desarrollo

La comunicación asertiva es la capacidad de expresar pensamientos, sentimientos, necesidades y opiniones de forma clara, respetuosa y directa, defendiendo los propios derechos sin menospreciar los de los demás. Este estilo comunicativo se diferencia de la comunicación pasiva, en la que la persona evita expresar sus necesidades, y de la comunicación agresiva, caracterizada por imponer criterios mediante un lenguaje hostil o intimidatorio.

En el ámbito sanitario, una comunicación asertiva favorece la relación entre profesionales, pacientes y familiares. Proporcionar información comprensible, adaptada al nivel cultural del interlocutor y libre de tecnicismos innecesarios facilita la comprensión de los procedimientos, reduce la ansiedad y mejora la adherencia a las recomendaciones terapéuticas. Asimismo, una actitud cercana y respetuosa incrementa la confianza en los profesionales y mejora la percepción de la calidad asistencial.

El personal no sanitario, como administrativos, celadores, personal de admisión, seguridad, limpieza o atención al usuario, también desempeña un papel esencial. En muchas ocasiones constituyen el primer contacto con la institución y su forma

de comunicarse condiciona la experiencia del usuario. Una atención cordial, una adecuada orientación y una respuesta respetuosa contribuyen a disminuir la tensión y favorecen un clima de colaboración.

Entre las principales herramientas de la comunicación asertiva destaca la escucha activa, que implica prestar atención al interlocutor sin interrumpirlo, observar su lenguaje verbal y no verbal y confirmar que el mensaje ha sido comprendido correctamente. La escucha activa transmite interés y respeto, facilitando una relación más cercana.

La empatía complementa este proceso al permitir comprender las emociones y preocupaciones del usuario o de sus familiares. Validar sentimientos mediante expresiones como «Comprendo que esta situación pueda preocuparle» ayuda a disminuir la ansiedad y favorece una comunicación más efectiva.

Otro aspecto relevante es la comunicación no verbal. El contacto visual adecuado, una postura corporal abierta, una expresión facial relajada y un tono de voz calmado refuerzan el mensaje verbal y transmiten seguridad y profesionalidad. Por el contrario, gestos de impaciencia, brazos cruzados o un tono elevado pueden interpretarse como rechazo o falta de interés.

La comunicación asertiva resulta especialmente útil en la prevención y manejo de conflictos. Ante una reclamación o una situación de tensión, mantener la calma, evitar discusiones y ofrecer información objetiva facilita la resolución del problema. Cuando no sea posible satisfacer la demanda del usuario, es recomendable explicar las razones con respeto y proponer alternativas viables, estableciendo límites de forma educada pero firme.

La formación continuada en habilidades comunicativas constituye una estrategia eficaz para mejorar la calidad de la atención y disminuir la aparición de incidentes relacionados con la comunicación. Estas competencias benefician tanto a los profesionales como a los usuarios, favoreciendo entornos laborales más seguros y relaciones más satisfactorias.

Conclusiones

La comunicación asertiva es una competencia transversal imprescindible para el personal sanitario y no sanitario que mantiene contacto con usuarios y familiares. Su correcta aplicación mejora la comprensión de la información, fortalece la confianza, incrementa la satisfacción de las personas atendidas y favorece una atención centrada en la persona.

Además, la utilización de técnicas como la escucha activa, la empatía, el lenguaje claro y el adecuado manejo de situaciones conflictivas contribuye a prevenir malentendidos y reducir el riesgo de reclamaciones o agresiones. Por ello, las organizaciones deben promover la formación continuada en

comunicación interpersonal y fomentar una cultura basada en el respeto, la humanización y la calidad asistencial.

Bibliografía

. Alberti, R. E., & Emmons, M. L. (2017). Your Perfect Right: Assertiveness and Equality in Your Life and Relationships (10th ed.). New Harbinger Publications.

.Ministerio de Sanidad. (2023). Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud 2023-203*. Ministerio de Sanidad. **.** Organización Mundial de la Salud. (2021). Global Patient Safety Action Plan 2021–2030: Towards Eliminating Avoidable Harm in Health Care. World Health Organization.

. Peplau, H. E. (1991). Interpersonal Relations in Nursing. Springer Publishing Company. **.** Rogers, C. R. (1961). On Becoming a Person: A Therapist's View of Psychotherapy. Houghton Mifflin.

El entorno sanitario es uno de los escenarios laborales más complejos, exigentes y dinámicos que existen. En este contexto, la atención de calidad y la seguridad del paciente no dependen exclusivamente de la brillantez individual de un médico o de la pericia aislada de un profesional de enfermería, sino de la capacidad de todo un colectivo para funcionar como un engranaje sincronizado. El trabajo en equipo es, por tanto, el núcleo invisible pero firme que sostiene el sistema de salud, involucrando de manera indispensable tanto al personal sanitario como al no sanitario.

Una Definición Integral del Equipo en Salud

Tradicionalmente se ha concebido al equipo de salud de forma restrictiva, limitándolo a los médicos y enfermeros que atienden directamente al enfermo en la cama de un hospital. Sin embargo, esta visión es incompleta. Un equipo de salud moderno es un conjunto interdependiente de profesionales con diversas habilidades y roles que comparten un objetivo común: la recuperación, el bienestar y la atención integral del paciente.

Bajo este enfoque, el personal no sanitario (personal administrativo, de admisión, celadores, servicios de limpieza, mantenimiento y seguridad) forma parte troncal de la estructura. Sin su labor coordinada, la actividad asistencial se paralizaría por completo.

El Rol del Personal Sanitario: Ciencia y Colaboración

El personal sanitario enfrenta decisiones críticas bajo presión temporal. Para ellos, el trabajo en equipo implica:

- Interdisciplinariedad: Compartir información clínica relevante entre médicos, enfermeros, farmacéuticos y técnicos para evitar errores de medicación o duplicidad de pruebas.
- Liderazgo compartido: Saber asumir el rol de líder en una situación de emergencia, o bien el de colaborador activo cuando otro compañero guía el procedimiento.
- Comunicación asertiva: Utilizar herramientas estandarizadas de traspaso de información (como el modelo SBAR: Situación, Antecedentes, Evaluación y Recomendación) para garantizar que ningún dato clínico vital se pierda en el cambio de turno.

El Rol del Personal No Sanitario: El Soporte Operativo y Humano

La labor del personal no sanitario suele ser la primera línea de contacto con el paciente y su familia, además de ser el soporte que mantiene el hospital operativo:

- Administrativos y Recepción: Gestionan las citas, la admisión y los flujos de información. Su coordinación con el equipo médico evita esperas innecesarias y reduce la ansiedad del usuario.
- Celadores: Facilitan el traslado seguro de pacientes y materiales. Su sintonía con el personal de enfermería es vital para movilizar a pacientes críticos sin ponerlos en riesgo.
- Personal de Limpieza y Mantenimiento: Garantizan la bioseguridad ambiental y el funcionamiento técnico de los equipos. Un quirófano no puede operar si la infraestructura no está impecablemente coordinada por este equipo.

La desconexión entre el personal sanitario y el no sanitario genera cuellos de botella, frustración en los usuarios y una disminución notable en la eficiencia institucional.

Beneficios del Trabajo en Equipo Integrado

Fomentar una cultura de colaboración transversal aporta múltiples ventajas demostradas científicamente:

1. Mayor Seguridad del Paciente: La mayoría de los errores clínicos provienen de fallos en la comunicación y en la coordinación de equipos, más que de la falta de conocimientos técnicos.
2. Reducción del Estrés Laboral y el Burnout: Compartir la carga emocional y operativa previene el desgaste profesional, fomentando un clima laboral saludable.
3. Optimización de Recursos: Un equipo coordinado evita la repetición de tareas, agiliza los tiempos de espera y optimiza el uso de los recursos materiales del centro.

Conclusión

El trabajo en salud no es una suma de esfuerzos individuales, sino una sinfonía donde cada instrumento cumple un papel insustituible. Reconocer, valorar e integrar al personal sanitario y no sanitario bajo un mismo propósito de calidad humana y asistencial es el único camino hacia un sistema de salud verdaderamente eficaz, seguro y sostenible.

Bibliografía

1. Aranaz Andrés JM, Aibar Remón C, Vitaller Burillo J, Terol García E. El estudio ENEAS: 2005. Eventos adversos ligados a la hospitalización. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006.

2. Salas E, Rosen MA, DiazGranados D. Expertise-based intuition and teamwork in high-risk environments: Toward a comprehensive model. Psychology of Aesthetics, Creativity, and the Arts. 2010;4(1):32-42.

3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco para la acción interprofesional y la educación colaborativa. Ginebra: OMS; 2010.

4. Xyrichis A, Lowton K. What fosters or prevents interprofessional teamworking in primary and secondary care? A literature review. International Journal of Nursing Studies. 2008;45(1):140-153.

ADMINISTRATIVO SANITARIO: ORGANIZACIÓN, CUSTODIA Y CALIDAD DE LA INFORMACIÓN

Resumen

La documentación clínica constituye un elemento fundamental para garantizar la continuidad, calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. Aunque la elaboración e interpretación de la información clínica corresponde principalmente a los profesionales sanitarios, el personal administrativo participa en numerosos procesos relacionados con su identificación, organización, registro, custodia, conservación y disponibilidad. El presente trabajo analiza la importancia de la gestión administrativa de la documentación clínica en Atención Primaria y Atención Especializada, prestando especial atención a la correcta identificación del paciente, actualización de los datos administrativos, recepción y distribución documental, organización de los archivos, gestión de solicitudes y utilización de sistemas electrónicos. Asimismo, se aborda la transformación producida por la digitalización y la importancia de la trazabilidad, la seguridad de la información y la confidencialidad. La revisión pone de manifiesto que una adecuada gestión documental no constituye una actividad meramente burocrática, sino un componente necesario para el funcionamiento seguro y coordinado de las instituciones sanitarias. La formación continuada y la aplicación de procedimientos normalizados resultan esenciales para reducir errores y garantizar la disponibilidad de la información para los profesionales autorizados.

Palabras clave

Documentación clínica; personal administrativo sanitario; historia clínica; gestión documental; Atención Primaria; Atención Especializada; confidencialidad; seguridad de la información.

Introducción

La documentación clínica constituye uno de los elementos fundamentales para garantizar la continuidad, calidad y seguridad de la asistencia sanitaria. La historia clínica integra el conjunto de documentos relacionados con los procesos asistenciales de cada paciente y puede encontrarse en diferentes soportes. La Ley 41/2002 establece la obligación de garantizar la seguridad, conservación y recuperación de esta información, así como su ordenación y actualización.

Aunque tradicionalmente la historia clínica se ha relacionado principalmente con la actividad de los profesionales sanitarios, su adecuada gestión requiere también la participación del personal administrativo. Las funciones de admisión, identificación, archivo, citación, gestión documental y atención al usuario permiten que la información se encuentre correctamente vinculada al paciente

y disponible cuando sea necesaria.
En Atención Primaria, la documentación se relaciona habitualmente con procesos longitudinales y continuados, mientras que en Atención Especializada puede existir una mayor diversidad documental como consecuencia de consultas externas, hospitalización, pruebas diagnósticas, procedimientos, interconsultas y altas.
La progresiva digitalización ha transformado estos procesos. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud pretende facilitar el acceso a información clínica relevante independientemente del lugar donde se haya generado, manteniendo medidas de protección de la privacidad. Sin embargo, la utilización de sistemas electrónicos también mantiene riesgos relacionados con errores de identificación, duplicidades, incorporación incorrecta de documentos y accesos no autorizados.
Por ello, resulta necesario analizar la función administrativa dentro del circuito documental sanitario y su contribución a la calidad de la información.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y documental de fuentes relacionadas con la gestión de la documentación clínica, la organización sanitaria, la protección de datos y las funciones administrativas en el ámbito sanitario.
Se priorizaron fuentes institucionales y normativa española, principalmente documentación procedente del Boletín Oficial del Estado, Ministerio de Sanidad y organismos especializados. Posteriormente se efectuó una lectura comprensiva de las fuentes seleccionadas, identificándose los aspectos más relevantes para la actividad administrativa en Atención Primaria y Atención Especializada.
Finalmente, la información fue sintetizada y organizada en torno a los principales procesos de gestión documental: identificación, actualización de datos, recepción y distribución de documentación, conservación, acceso, trazabilidad y utilización de sistemas digitales.

Resultados

La revisión realizada muestra que la correcta identificación del paciente constituye una de las principales actuaciones relacionadas con la calidad documental. La existencia de errores puede generar duplicidades, dificultar la

recuperación de información o provocar que determinados documentos se incorporen al expediente de una persona diferente.
Asimismo, la actualización de los datos administrativos resulta fundamental. Información como teléfonos, domicilio, correo electrónico y otros datos de contacto puede ser necesaria para gestionar citas, comunicar modificaciones y realizar determinados trámites.
Otro resultado relevante es la importancia de la recepción y distribución documental. El personal administrativo puede recibir informes, solicitudes, justificantes, autorizaciones, interconsultas y otros documentos, siendo

necesario dirigirlos al circuito correspondiente y respetar las competencias de cada profesional.
En Atención Primaria, la gestión administrativa adquiere especial relevancia debido a la continuidad de la relación con el paciente. En Atención Especializada, la diversidad de unidades, consultas, pruebas y episodios asistenciales hace especialmente importante la correcta identificación del episodio y la integración de la documentación.
La digitalización ha reducido la dependencia del soporte papel y ha incrementado las posibilidades de acceso y trazabilidad. Sin embargo, los errores de registro o identificación pueden trasladarse igualmente a los sistemas electrónicos. La conservación y custodia de la documentación continúan siendo responsabilidades institucionales, mientras que el personal administrativo participa en los circuitos necesarios para garantizar su cumplimiento.
Finalmente, la gestión de solicitudes de documentación por pacientes o representantes requiere procedimientos de identificación y, cuando corresponda, acreditación de la representación.

Discusión

Los resultados muestran que la actividad administrativa se encuentra directamente relacionada con la calidad y seguridad de la información sanitaria. La gestión documental no debe entenderse como una actividad aislada de carácter burocrático, ya que una identificación incorrecta, una documentación mal derivada o una información desactualizada pueden repercutir sobre el funcionamiento del proceso asistencial.
La digitalización ofrece ventajas relacionadas con la disponibilidad y trazabilidad de la información, pero no elimina los riesgos existentes. Por el contrario, exige que el personal conozca adecuadamente los sistemas corporativos y aplique los procedimientos establecidos.

La Ley 41/2002 establece además que el personal de administración y gestión únicamente puede acceder a los datos relacionados con sus propias funciones y que quienes acceden a información clínica están sujetos al deber de secreto. Por tanto, la calidad documental depende tanto de las herramientas disponibles como de la correcta actuación profesional. La coordinación entre unidades, la existencia de procedimientos claros y la formación continuada constituyen elementos esenciales para reducir errores y garantizar una gestión segura.

Conclusiones

La gestión de la documentación clínica constituye una actividad esencial para el funcionamiento de las instituciones sanitarias. El personal administrativo participa en procesos indispensables para identificar, organizar, conservar y poner a disposición de los profesionales autorizados la información correspondiente.
La correcta identificación del paciente, la actualización de datos, la organización documental y la adecuada gestión de solicitudes constituyen

barreras importantes frente a errores administrativos.
La digitalización ha mejorado la disponibilidad y trazabilidad de la información, pero requiere procedimientos adecuados, control de accesos y formación continuada.
En consecuencia, la gestión documental debe considerarse parte de la calidad asistencial y no una actividad exclusivamente burocrática. La combinación de procedimientos normalizados, sistemas digitales, formación y respeto de la confidencialidad permite contribuir a una asistencia más segura, coordinada y centrada en el paciente.

Bibliografía

● Agencia Española de Protección de Datos. (2023). Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. AEPD.
● Ministerio de Sanidad. (s. f.). Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● Ministerio de Sanidad. (s. f.). Diseño funcional de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● España. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274.
● España. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 294.

CIUDADANO EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

Resumen

La atención administrativa constituye con frecuencia el primer contacto del ciudadano con las instituciones sanitarias y, por ello, puede influir significativamente en la percepción de calidad del sistema. Este trabajo analiza el papel del personal administrativo en la humanización de la atención sanitaria, prestando especial atención a la comunicación, escucha activa, accesibilidad, orientación, gestión de conflictos y respeto de la confidencialidad. Se realizó una revisión bibliográfica y documental basada principalmente en fuentes institucionales y normativa española. Los resultados muestran que actuaciones aparentemente sencillas, como recibir adecuadamente al usuario, escuchar sus necesidades, utilizar un lenguaje comprensible y orientar correctamente los trámites, pueden contribuir a mejorar la experiencia del ciudadano. Asimismo, se identifica la necesidad de adaptar la atención a personas con diferentes edades, capacidades, niveles de comprensión o circunstancias lingüísticas. La humanización administrativa debe considerarse una competencia profesional y formar parte de las estrategias de calidad de las instituciones sanitarias. La evaluación mediante satisfacción, reclamaciones, tiempos de espera e incidencias permite identificar oportunidades de mejora.

Palabras clave

Humanización; atención al ciudadano; calidad asistencial; personal administrativo; comunicación; accesibilidad; Atención Primaria; Atención Especializada.

Introducción

El primer contacto del ciudadano con una institución sanitaria se produce frecuentemente a través del personal administrativo. Recepción, admisión, gestión de citas, información general y orientación constituyen experiencias que pueden influir en la percepción global del usuario.
Las personas que acuden a un centro sanitario pueden encontrarse preocupadas, ansiosas o en situaciones de vulnerabilidad. Una comunicación poco clara o un trato inadecuado pueden incrementar la incertidumbre.
La humanización supone reconocer que detrás de cada trámite existe una persona con necesidades concretas. No implica que el personal administrativo asuma funciones clínicas, sino que desarrolle una atención basada en respeto, empatía, escucha y comunicación clara.

La accesibilidad también constituye una dimensión esencial, ya que los centros atienden a personas con diferentes edades, capacidades, niveles educativos, idiomas y circunstancias sociales.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y documental sobre humanización, derechos de los pacientes, calidad asistencial, comunicación y atención al ciudadano en el ámbito sanitario.
Se priorizaron fuentes institucionales y normativas españolas, complementadas con documentación de organismos especializados.
Tras la lectura de las fuentes seleccionadas, se identificaron los aspectos más relevantes para la actividad administrativa y se realizó una síntesis temática centrada en comunicación, accesibilidad, trato, orientación, confidencialidad y mejora de la experiencia del usuario.

Resultados

La revisión muestra que la acogida constituye uno de los primeros elementos de humanización. El saludo, la identificación del profesional y la disposición para escuchar pueden favorecer un clima de confianza.
La escucha activa permite comprender mejor las necesidades del ciudadano y determinar cuándo una consulta debe ser derivada a otro profesional.
El uso de un lenguaje claro facilita la comprensión de citas, procedimientos y circuitos administrativos y puede reducir errores.
La gestión de conflictos representa otra competencia importante. Esperas, cambios de citas y dificultades administrativas pueden generar frustración, por lo que la comunicación calmada y asertiva resulta fundamental.
La accesibilidad requiere adaptar la atención a las características de cada persona. Las personas mayores, quienes presentan dificultades auditivas o quienes tienen dificultades idiomáticas pueden requerir recursos específicos.
En Atención Primaria, el personal administrativo suele desarrollar una relación continuada con el ciudadano, mientras que en Atención Especializada la mayor complejidad de los circuitos hace especialmente importante la orientación.
Los tiempos de espera también influyen sobre la experiencia del usuario. Aunque no siempre pueden ser controlados por el personal administrativo, proporcionar información sobre las demoras puede reducir la incertidumbre.
Finalmente, las encuestas de satisfacción, sugerencias, reclamaciones e indicadores de actividad constituyen herramientas útiles para evaluar la calidad de la atención.

Discusión

La humanización de la asistencia sanitaria comienza en numerosas ocasiones antes del contacto clínico. La manera en que el ciudadano es recibido, escuchado e informado puede influir en su confianza hacia la institución.
La atención humanizada no significa eliminar los procedimientos administrativos ni flexibilizar los límites relacionados con la confidencialidad. Por el contrario, requiere combinar cercanía y disponibilidad con el respeto de las normas.
La Ley 41/2002 establece principios relacionados con la dignidad, autonomía e intimidad de la persona, que también deben reflejarse en la atención administrativa.

La diversidad de los usuarios exige además una atención flexible. La aplicación exactamente idéntica de un procedimiento a todas las personas no garantiza necesariamente la accesibilidad. Es preciso identificar barreras y proporcionar recursos que permitan utilizar los servicios disponibles.
La evaluación de reclamaciones y sugerencias debe interpretarse como una oportunidad para detectar problemas recurrentes y mejorar los procesos.

Conclusiones

La humanización forma parte de la calidad de la atención sanitaria y comienza frecuentemente en el contacto con el personal administrativo.
La comunicación clara, la escucha activa, la orientación y el trato respetuoso pueden reducir la incertidumbre y mejorar la experiencia del usuario.
La accesibilidad requiere considerar las diferentes características y necesidades de los ciudadanos.
La gestión de conflictos exige habilidades comunicativas, conocimiento de los procedimientos y capacidad para derivar correctamente las situaciones que excedan las competencias administrativas.
Finalmente, la evaluación mediante satisfacción, reclamaciones, tiempos de espera e incidencias permite identificar oportunidades de mejora.
El personal administrativo sanitario no se limita a realizar trámites: también contribuye, mediante su actuación profesional, a construir una atención más humana, accesible y centrada en la persona.

Bibliografía

● Agencia Española de Protección de Datos. (2023). Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. AEPD.

● España. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274.
● Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de humanización del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● Organización Mundial de la Salud. (2016). Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. Organización Mundial de la Salud.

Resumen

La transformación digital ha modificado de manera significativa la organización y el funcionamiento de las instituciones sanitarias. La historia clínica electrónica, las agendas digitales, la gestión telemática de citas, la comunicación electrónica y los sistemas interoperables han reducido determinados procesos manuales y han mejorado la disponibilidad de información. Este trabajo analiza el impacto de la digitalización sobre la actividad del personal administrativo en Atención Primaria y Atención Especializada, considerando sus beneficios, riesgos y nuevas competencias profesionales. Se realizó una revisión bibliográfica y documental basada principalmente en fuentes institucionales españolas y normativa relacionada con protección de datos y transformación digital. Los resultados muestran que la digitalización puede mejorar la rapidez de determinados procesos, facilitar la trazabilidad y favorecer la continuidad asistencial, pero también genera nuevos riesgos relacionados con errores de identificación, incidencias técnicas, ciberseguridad y brecha digital. La formación continuada, la protección de la información, la resolución de incidencias y la participación del personal administrativo en la evaluación de las herramientas son elementos fundamentales. Se concluye que la digitalización debe entenderse como una transformación organizativa integral y no simplemente como la sustitución del papel por sistemas electrónicos.

Palabras clave

Digitalización sanitaria; transformación digital; historia clínica electrónica; personal administrativo; interoperabilidad; ciberseguridad; brecha digital; Atención Primaria.

Introducción

La transformación digital constituye uno de los principales cambios experimentados por las instituciones sanitarias durante las últimas décadas. La sustitución progresiva del papel por sistemas electrónicos, la implantación de agendas digitales, la historia clínica electrónica, la gestión telemática de citas y la interoperabilidad han modificado las funciones del personal administrativo. En Atención Primaria y Especializada, estas herramientas pueden agilizar procedimientos, facilitar la recuperación de información y mejorar la comunicación entre unidades.
Sin embargo, la digitalización también modifica las competencias necesarias. El personal administrativo debe manejar aplicaciones corporativas, identificar incidencias, verificar información y aplicar medidas de seguridad.

La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud constituye un ejemplo de esta transformación, al pretender facilitar el acceso a información clínica relevante independientemente del lugar donde se haya generado.
La transformación digital también puede generar nuevas barreras para

personas con dificultades tecnológicas. Por ello, debe desarrollarse desde una perspectiva inclusiva.

Metodología

Se realizó una revisión bibliográfica y documental sobre transformación digital sanitaria, historia clínica electrónica, protección de datos, interoperabilidad y atención al ciudadano.
Se priorizaron fuentes institucionales españolas, documentación del Ministerio de Sanidad, normativa del Boletín Oficial del Estado y documentos relacionados con protección de datos.
Tras una lectura comprensiva de la documentación seleccionada, se identificaron los principales cambios relacionados con la actividad administrativa sanitaria.
Posteriormente se sintetizó la información y se organizó en torno a beneficios, riesgos, competencias profesionales, accesibilidad, seguridad y mejora de procesos.

Resultados

Uno de los principales resultados de la digitalización es la reducción de determinados procesos manuales. Las agendas electrónicas permiten gestionar citas, modificar horarios y consultar disponibilidad de manera inmediata, mientras que los sistemas de gestión documental facilitan el registro y localización de información.
La historia clínica electrónica permite que la información se encuentre disponible para profesionales autorizados en diferentes puntos de atención, favoreciendo la continuidad asistencial.
Otro resultado relevante es la trazabilidad. Los sistemas electrónicos pueden registrar quién realizó una actuación y cuándo se produjo, facilitando el análisis posterior de determinadas incidencias.
La formación constituye un factor esencial para el éxito de la transformación digital. La implantación de una nueva herramienta no garantiza su utilización correcta, por lo que es necesario proporcionar formación inicial y actualización posterior.

La resolución de incidencias adquiere también mayor importancia. Problemas de conexión, errores de identificación, duplicidades, dificultades de acceso o incidencias en las agendas pueden afectar al funcionamiento de las unidades.
La ciberseguridad forma parte de la actividad cotidiana. Las contraseñas deben mantenerse protegidas, las sesiones deben bloquearse cuando el profesional abandona el puesto y la documentación debe gestionarse mediante canales autorizados.
La digitalización plantea además el problema de la brecha digital. No todos los ciudadanos poseen las mismas capacidades, dispositivos o posibilidades de acceso a internet. Por ello, deben mantenerse alternativas de atención y apoyo.
Finalmente, la automatización puede facilitar tareas repetitivas, pero las

situaciones excepcionales continúan requiriendo intervención humana.

Discusión

La digitalización presenta importantes ventajas para la organización sanitaria, especialmente en contextos complejos donde participan múltiples unidades y profesionales. La posibilidad de compartir información y gestionar procesos electrónicamente puede reducir determinados tiempos y favorecer la continuidad.

Sin embargo, los sistemas digitales también pueden trasladar rápidamente los errores administrativos a numerosos procesos. Por este motivo, la formación y la supervisión resultan fundamentales.

La protección de datos constituye un elemento inseparable de la transformación digital. La Ley Orgánica 3/2018 establece el marco español de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales, mientras que la información sanitaria requiere especial atención debido a su sensibilidad.

La brecha digital representa otro desafío. La posibilidad de realizar trámites electrónicamente puede mejorar la accesibilidad para determinados usuarios, pero puede generar barreras para quienes no disponen de las mismas capacidades o recursos tecnológicos.

En este contexto, el papel del auxiliar administrativo no desaparece como consecuencia de la automatización. Por el contrario, evoluciona hacia tareas que requieren gestión de información, supervisión, resolución de incidencias, comunicación y adaptación tecnológica.

La participación del personal administrativo en la evaluación de nuevas herramientas resulta especialmente relevante, debido a su conocimiento directo de los problemas que se producen durante el trabajo cotidiano.

Conclusiones

La transformación digital está modificando profundamente el trabajo administrativo sanitario.

La historia clínica electrónica, las agendas digitales, la gestión telemática y los sistemas interoperables pueden mejorar la disponibilidad de información, agilizar procesos y favorecer la continuidad asistencial.

No obstante, los beneficios de la digitalización dependen de una correcta utilización y de la existencia de profesionales formados.

La seguridad de la información debe formar parte de la actividad cotidiana mediante protección de contraseñas, control de accesos, utilización de canales corporativos y comunicación de incidencias.

La transformación digital debe ser además inclusiva y mantener alternativas para las personas que presenten dificultades para utilizar los canales electrónicos.

La automatización no elimina la función del personal administrativo, sino que transforma sus competencias hacia funciones de mayor supervisión, gestión de información, resolución de problemas y atención al ciudadano.

En conclusión, la digitalización debe concebirse como un proceso de

transformación organizativa acompañado de formación, seguridad, evaluación y apoyo al ciudadano. Su finalidad debe ser facilitar el trabajo y mejorar la experiencia del usuario, sin convertir la tecnología en una nueva fuente de barreras.

Bibliografía

● Agencia Española de Protección de Datos. (2023). Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. AEPD.
● España. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 294.
● España. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274.
● Ministerio de Sanidad. (s. f.). Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● Ministerio de Sanidad. (s. f.). Diseño funcional de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.

CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCIÓN DE DATOS DE SALUD EN LA ACTIVIDAD DEL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

Resumen

La información relacionada con la salud requiere especiales garantías de protección debido a su carácter sensible. El personal administrativo sanitario participa en numerosos procesos en los que puede tratar datos identificativos y, en determinadas circunstancias, información relacionada con la asistencia sanitaria. El presente trabajo analiza los principios de confidencialidad y protección de datos aplicables a la actividad administrativa en Atención Primaria y Atención Especializada. Se examinan situaciones de riesgo relacionadas con los puntos de atención al ciudadano, las comunicaciones telefónicas, el correo electrónico, la documentación en papel y los sistemas informáticos. Asimismo, se estudia la importancia de la identificación de los solicitantes, el control de accesos, el uso de credenciales personales, la gestión de incidentes y la formación profesional. Los resultados muestran que la protección de la información no depende únicamente de las medidas tecnológicas, sino también de los procedimientos organizativos y de la actuación cotidiana de los profesionales. La confidencialidad debe integrarse en todos los procesos administrativos, garantizando simultáneamente el ejercicio de los derechos de los pacientes y el cumplimiento de los límites establecidos por la normativa.

Palabras clave

Confidencialidad; protección de datos; datos de salud; personal administrativo; privacidad; seguridad de la información; pacientes; Atención Primaria.

Introducción

La información relacionada con la salud constituye una categoría de información personal que requiere especiales garantías de protección. Los centros sanitarios gestionan diariamente datos identificativos, antecedentes, citas, informes, pruebas, diagnósticos, tratamientos y otros elementos relacionados con el estado de salud de los ciudadanos.
El personal administrativo interviene en procesos de admisión, citación, gestión documental y atención al usuario, por lo que debe conocer los principios que regulan el tratamiento de esta información.

La Ley 41/2002 establece que la dignidad, autonomía e intimidad de la persona deben orientar la obtención, utilización, archivo, custodia y transmisión de la información clínica. Asimismo, establece el deber de secreto de quienes acceden a la historia clínica en el ejercicio de sus funciones.
La digitalización ha incrementado las posibilidades de acceso y circulación de información. Por este motivo, el control de accesos y la utilización adecuada de los sistemas informáticos adquieren una importancia especial.

Metodología

Se efectuó una revisión bibliográfica y documental sobre confidencialidad,

protección de datos personales, información sanitaria y derechos de los pacientes.
Se utilizaron principalmente fuentes institucionales y normativa española procedentes de la Agencia Española de Protección de Datos, Ministerio de Sanidad y Boletín Oficial del Estado.
Tras seleccionar las fuentes relevantes, se realizó una lectura comprensiva y se identificaron los principios y situaciones de riesgo aplicables a la actividad administrativa sanitaria. Finalmente, los contenidos fueron sintetizados y organizados en torno a las principales situaciones de confidencialidad que pueden producirse en Atención Primaria y Especializada.

Resultados

Los resultados muestran que los puntos de atención al ciudadano constituyen una situación relevante para la protección de la confidencialidad. Las conversaciones realizadas en mostradores o zonas de recepción pueden ser escuchadas por terceros, por lo que debe evitarse proporcionar información clínica en voz alta o mencionar datos sensibles delante de otras personas.
La identificación del solicitante constituye otra medida fundamental. Las solicitudes de información, documentación o modificación de determinados datos deben tramitarse mediante los procedimientos establecidos, verificando la identidad y, cuando corresponda, la representación.
Las comunicaciones telefónicas requieren especial prudencia debido a la imposibilidad de comprobar visualmente la identidad de quien llama. Por ello, deben seguirse los protocolos establecidos sobre identificación y tipo de información que puede facilitarse.
El correo electrónico y otros medios digitales también presentan riesgos, especialmente cuando se utilizan canales no autorizados o existe posibilidad de error en la identificación del destinatario.
En los sistemas informáticos, el uso de credenciales personales, el bloqueo de las sesiones y el control de accesos constituyen medidas básicas de seguridad.

El hecho de disponer técnicamente de acceso a una historia clínica no significa que el profesional esté autorizado a consultar toda la información contenida en ella.
La documentación en papel también requiere protección. Listados, agendas, justificantes, informes y otros documentos deben mantenerse fuera del alcance de personas no autorizadas y eliminarse mediante los procedimientos establecidos cuando ya no sean necesarios.
Finalmente, la formación y la correcta comunicación de incidentes constituyen elementos fundamentales para prevenir y corregir problemas de confidencialidad.

Discusión

La protección de datos sanitarios debe abordarse como una responsabilidad tanto individual como institucional. El riesgo de divulgación de información no se limita a los sistemas informáticos, sino que puede producirse durante una

conversación, una llamada telefónica, la gestión de documentación o una solicitud realizada por un familiar.
La Ley 41/2002 establece que el personal de administración y gestión únicamente puede acceder a los datos relacionados con sus funciones. Esto implica que la curiosidad, el interés personal o la relación con el paciente no constituyen razones legítimas para consultar una historia clínica.
La formación profesional debe orientarse a situaciones reales y no limitarse al conocimiento teórico de la normativa. La actuación ante llamadas telefónicas, solicitudes de familiares, correos electrónicos dudosos o accesos accidentales requiere conocer procedimientos concretos.
La protección de datos debe compatibilizarse con los derechos de los pacientes. El personal administrativo debe facilitar los trámites correspondientes sin asumir funciones que excedan sus competencias.

Conclusiones

La confidencialidad constituye una responsabilidad esencial de las instituciones sanitarias y afecta directamente a la actividad administrativa.
Las situaciones de riesgo pueden producirse tanto en entornos físicos como digitales. Mostradores, llamadas telefónicas, correos electrónicos, documentación en papel y sistemas informáticos requieren medidas específicas de protección.
El control de accesos, la identificación adecuada, el uso de canales autorizados y la gestión de incidentes son medidas fundamentales.

La formación continuada debe centrarse en situaciones prácticas y en la aplicación de los procedimientos establecidos.
En definitiva, la protección de datos forma parte de la calidad sanitaria. La actuación responsable del personal administrativo permite generar confianza, proteger los derechos de los ciudadanos y garantizar que la información se utilice únicamente para finalidades legítimas.

Bibliografía

● Agencia Española de Protección de Datos. (2023). Guía para pacientes y usuarios de la sanidad. AEPD.
● Agencia Española de Protección de Datos. (2023). Decálogo de protección de datos para el personal sanitario y administrativo. AEPD.
● España. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274.
● España. (2018). Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Boletín Oficial del Estado, 294.
● Ministerio de Sanidad. (s. f.). Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.

COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA ENTRE ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA COMO ELEMENTO DE CONTINUIDAD ASISTENCIAL

Resumen

La continuidad asistencial requiere la participación coordinada de diferentes profesionales, unidades y niveles sanitarios. Aunque la dimensión clínica de esta continuidad corresponde fundamentalmente a los profesionales sanitarios, su desarrollo depende también de procesos administrativos relacionados con derivaciones, citaciones, documentación, comunicaciones y gestión de datos. Este trabajo analiza la función del personal administrativo en la coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Se realizó una revisión bibliográfica y documental basada principalmente en fuentes institucionales españolas y normativa relacionada con documentación clínica y derechos de los pacientes. Los resultados muestran que la correcta gestión de solicitudes, citas, documentación y comunicaciones contribuye a reducir retrasos, duplicidades e incidencias. La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud ofrece oportunidades para mejorar el intercambio de información entre dispositivos sanitarios, aunque su eficacia depende de procedimientos adecuados, formación e interoperabilidad. La coordinación debe contemplar también la comunicación con el paciente y la evaluación mediante indicadores. Se concluye que el personal administrativo desempeña una función facilitadora dentro de la cadena asistencial y que la mejora de los procedimientos administrativos puede favorecer una atención más integrada, eficiente y segura.

Palabras clave

Coordinación sanitaria; continuidad asistencial; Atención Primaria; Atención Especializada; personal administrativo; derivaciones; citación; historia clínica digital.

Introducción

La atención sanitaria actual implica la participación de múltiples profesionales, unidades y niveles asistenciales. Un paciente puede iniciar su proceso en Atención Primaria, ser derivado a Atención Especializada, realizar diferentes pruebas y posteriormente regresar a su centro de salud.
La coordinación entre estos ámbitos resulta necesaria para evitar duplicidades, retrasos y pérdidas de información. Aunque la continuidad asistencial tiene una dimensión clínica, también necesita una infraestructura administrativa eficaz. Las citas, derivaciones, solicitudes, informes, autorizaciones, registros y comunicaciones deben circular por los circuitos establecidos.

La Ley 41/2002 establece que la historia clínica debe llevarse con criterios de unidad e integración para facilitar el conocimiento del proceso asistencial.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica y documental sobre continuidad asistencial, coordinación entre niveles sanitarios, historia clínica digital y

organización administrativa.
Se priorizaron fuentes institucionales españolas y normativa relacionada con documentación clínica y derechos de los pacientes.
Tras una lectura comprensiva de la documentación, se identificaron los aspectos comunes a Atención Primaria y Especializada y se realizó una síntesis organizada en torno a derivación, citación, documentación, información al usuario, sistemas digitales y comunicación entre unidades.

Resultados

La derivación constituye uno de los principales puntos de interacción entre Atención Primaria y Atención Especializada. Aunque la indicación clínica corresponde al profesional sanitario, la correcta gestión administrativa de la solicitud resulta necesaria para que el paciente pueda acceder al circuito correspondiente.
La citación constituye otro elemento fundamental. Una programación adecuada requiere identificar correctamente al paciente y relacionar la prestación solicitada con el recurso disponible. Los errores pueden provocar citas incorrectas, duplicidades y desplazamientos innecesarios.
La comunicación con el paciente adquiere importancia cuando se modifica una cita, se produce una incidencia o se requiere documentación adicional. La información debe facilitarse mediante los canales establecidos y respetando la confidencialidad.
La documentación constituye otro elemento esencial de continuidad. Los informes, solicitudes y registros deben quedar vinculados correctamente al episodio correspondiente.
La interoperabilidad tecnológica ofrece oportunidades para compartir información clínica relevante entre diferentes dispositivos. Sin embargo, la utilización de diferentes sistemas puede generar dificultades cuando no existe una integración adecuada.
También resulta necesario disponer de procedimientos específicos para gestionar incidencias, como solicitudes incompletas, citas canceladas, cambios de unidad o documentación que no aparece en los sistemas.

La evaluación de la coordinación puede realizarse mediante indicadores como tiempos de espera, citas erróneas, solicitudes devueltas, documentación pendiente e incidencias de comunicación.

Discusión

Los resultados muestran que la continuidad asistencial depende de una cadena de actuaciones en la que la función administrativa desempeña un papel facilitador. Una decisión clínica correctamente tomada puede verse afectada si la correspondiente cita no se gestiona adecuadamente o si la documentación no llega al circuito establecido.
La Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud representa una herramienta destinada a favorecer el acceso a información clínica relevante entre diferentes dispositivos y territorios, contribuyendo a la continuidad asistencial.

Sin embargo, la tecnología por sí misma no garantiza la coordinación. Son necesarios procedimientos claros, formación profesional y canales específicos para la comunicación de incidencias.
La perspectiva del paciente también debe integrarse en la coordinación. Los cambios de citas, derivaciones o incidencias deben comunicarse de manera comprensible para evitar desplazamientos innecesarios y reducir la incertidumbre.
La utilización de indicadores permite identificar los puntos más problemáticos y establecer medidas de mejora organizativa.

Conclusiones

La continuidad asistencial requiere una coordinación eficaz entre Atención Primaria y Atención Especializada.
El personal administrativo contribuye a esta coordinación mediante la gestión de derivaciones, citas, documentación, comunicaciones y datos administrativos.
La digitalización y la interoperabilidad ofrecen importantes posibilidades para facilitar el intercambio de información, pero deben acompañarse de procedimientos claros y formación adecuada.
La comunicación con el paciente constituye igualmente una parte esencial de la coordinación, especialmente ante cambios, incidencias o necesidades documentales.
La evaluación mediante indicadores permite detectar problemas recurrentes y establecer actuaciones de mejora.

En definitiva, la actividad del auxiliar administrativo sanitario forma parte de una cadena de procesos que conecta diferentes niveles asistenciales. Mejorar estos procesos favorece una atención más integrada, eficiente y segura.

Bibliografía

● España. (2002). Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Boletín Oficial del Estado, 274.
● Ministerio de Sanidad. (s. f.). Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● Ministerio de Sanidad. (s. f.). Diseño funcional de la Historia Clínica Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● Ministerio de Sanidad. (2021). Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad.
● Ministerio de Sanidad. (2022). Sistema Nacional de Salud: España. Ministerio de Sanidad.

LA PROTECCIÓN DE DATOS SANITARIOS Y LA CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN: RETOS DIARIOS PARA EL PERSONAL ADMINISTRATIVO DEL SESPA

Introducción

La información sanitaria constituye uno de los ámbitos donde la protección de datos adquiere una mayor relevancia debido a la especial sensibilidad de los datos relacionados con la salud de las personas. En el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), como en cualquier organización sanitaria, la gestión adecuada de la información es una responsabilidad compartida por todos los profesionales, incluidos los auxiliares administrativos, quienes desempeñan un papel fundamental en el acceso, tratamiento y custodia de numerosos datos personales.
Aunque tradicionalmente se ha asociado la atención sanitaria principalmente con la labor de médicos, enfermeras y otros profesionales asistenciales, el personal administrativo constituye una pieza esencial dentro del funcionamiento del sistema. La gestión de citas, admisión de pacientes, tramitación de documentos, manejo de aplicaciones informáticas y comunicación con usuarios implica el tratamiento diario de información que debe ser protegida con las máximas garantías.

Desarrollo
El marco normativo principal en materia de protección de datos está formado por el Reglamento
General de Protección de Datos (RGPD) de la Unión Europea y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Estas normas establecen principios básicos como la confidencialidad, la limitación del acceso a la información, la utilización de los datos únicamente para fines determinados y la obligación de aplicar medidas de seguridad adecuadas.
En el ámbito sanitario, estos principios adquieren una especial importancia. Un dato relativo a una enfermedad, un tratamiento, una prueba diagnóstica o una situación personal del paciente no puede ser tratado como una información administrativa más. Su divulgación indebida puede afectar gravemente a la intimidad, la dignidad y los derechos fundamentales de las personas.
El auxiliar administrativo sanitario interviene diariamente en procesos donde la confidencialidad resulta imprescindible. Entre sus funciones pueden encontrarse la identificación de pacientes, la gestión de agendas, la tramitación de documentación clínica, la atención telefónica o presencial y el acceso a aplicaciones corporativas. Cada una de estas actuaciones requiere aplicar criterios de responsabilidad profesional.
Uno de los principales riesgos se encuentra en los accesos indebidos a la información. Disponer de una clave personal no significa tener autorización para consultar cualquier dato, sino únicamente aquellos necesarios para el desempeño del puesto de trabajo. La curiosidad, la confianza excesiva o la petición informal de información por parte de terceros pueden generar situaciones contrarias a la normativa.

Asimismo, la comunicación con pacientes y familiares exige especial precaución. Facilitar información sanitaria por teléfono, entregar documentación o responder consultas debe realizarse comprobando previamente la identidad y legitimidad de la persona solicitante. La rapidez en la atención nunca debe estar por encima de la seguridad y la confidencialidad.
La transformación digital del sistema sanitario también plantea nuevos retos. La implantación de historias clínicas electrónicas y herramientas digitales mejora la accesibilidad y eficiencia, pero obliga a reforzar la formación de los profesionales. La seguridad informática depende tanto de los sistemas tecnológicos como del comportamiento responsable de quienes los utilizan.

Conclusiones

La protección de datos sanitarios no debe entenderse únicamente como una obligación legal, sino como un compromiso ético con los pacientes y con la calidad del servicio público. El auxiliar administrativo del SESPA desempeña una función estratégica en la protección de la confidencialidad, ya que forma parte de los primeros contactos del ciudadano con el sistema sanitario y participa en numerosos procesos donde se maneja información sensible.

La formación continua, la responsabilidad individual y la aplicación rigurosa de los protocolos internos son herramientas fundamentales para prevenir errores y garantizar la confianza de la ciudadanía. Un sistema sanitario de calidad no depende únicamente de la asistencia clínica, sino también de una gestión administrativa segura, profesional y respetuosa con los derechos de las personas.

Bibliografía

- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de datos personales.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Agencia Española de Protección de Datos (AEPD). Guías y recomendaciones sobre protección de datos en el ámbito sanitario.
- Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Normativa interna y procedimientos relacionados con la gestión de información sanitaria.

TRANSFORMACIÓN DIGITAL EN EL SESPA: NUEVOS RETOS Y COMPETENCIAS DEL AUXILIAR ADMINISTRATIVO SANITARIO

Introducción

La transformación digital constituye uno de los principales cambios que ha experimentado el sistema sanitario en las últimas décadas. La incorporación de nuevas tecnologías, la implantación de la historia clínica electrónica, los sistemas de gestión de citas o la comunicación telemática con los usuarios han modificado profundamente la forma de organizar y prestar los servicios sanitarios.

En este nuevo escenario, el personal auxiliar administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) adquiere un papel especialmente relevante. Lejos de limitarse a tareas tradicionales de gestión documental, este colectivo participa diariamente en procesos digitales que afectan a la accesibilidad, la seguridad de la información y la coordinación entre profesionales y pacientes.

La digitalización sanitaria no debe entenderse únicamente como una sustitución de documentos en papel por herramientas informáticas, sino como un cambio organizativo que requiere nuevas competencias profesionales, adaptación continua y una adecuada planificación para garantizar que la tecnología mejore realmente la atención sanitaria.

Desarrollo

El auxiliar administrativo sanitario se encuentra directamente implicado en numerosos procesos relacionados con la transformación digital. La gestión de agendas electrónicas, la actualización de datos de pacientes, la tramitación de solicitudes, la gestión de derivaciones o el acceso a diferentes plataformas internas forman parte de su actividad habitual.

La correcta utilización de estas herramientas resulta fundamental para garantizar la continuidad asistencial. Un dato incorrectamente registrado, una cita mal gestionada o una información administrativa incompleta pueden generar dificultades tanto para los profesionales sanitarios como para los usuarios. Por ello, la precisión y responsabilidad en el manejo de los sistemas digitales forman parte esencial de la calidad del servicio.

Uno de los principales retos asociados a la digitalización es la necesidad de formación permanente. Las aplicaciones informáticas y los procedimientos de gestión evolucionan con rapidez, por lo que los profesionales deben disponer de programas formativos adecuados que permitan actualizar conocimientos y reducir la brecha digital dentro de las organizaciones sanitarias.

Además, la transformación digital plantea importantes responsabilidades relacionadas con la protección de datos. El personal auxiliar administrativo trabaja habitualmente con información sensible de carácter sanitario, por lo que debe conocer los principios de confidencialidad, seguridad y acceso limitado a la información. La tecnología facilita el intercambio de datos, pero también exige un mayor compromiso ético y profesional.

Otro aspecto relevante es la relación entre digitalización y humanización. Aunque las herramientas tecnológicas permiten agilizar muchos procedimientos, el sistema sanitario continúa teniendo como elemento central a las personas. El auxiliar administrativo mantiene un papel fundamental para acompañar a aquellos usuarios que tienen dificultades con los nuevos canales digitales, especialmente personas mayores o colectivos con menor familiarización tecnológica.

La implantación de sistemas como la cita previa online, las aplicaciones sanitarias o la comunicación electrónica puede mejorar la accesibilidad, pero debe complementarse con una atención presencial de calidad que garantice la igualdad de acceso al sistema sanitario.

La digitalización también favorece una mayor coordinación interna. La disponibilidad de información actualizada permite que diferentes profesionales puedan trabajar con datos comunes, evitando duplicidades y mejorando la organización de los recursos. En este proceso, el personal administrativo actúa como un elemento integrador entre las necesidades del usuario y los procedimientos internos del sistema sanitario.

Conclusiones

La transformación digital del SESPA supone una oportunidad para mejorar la eficiencia, la coordinación y la calidad de la atención sanitaria, pero requiere contar con profesionales preparados y reconocidos dentro del proceso de cambio.

El auxiliar administrativo sanitario desempeña un papel estratégico en esta evolución, ya que garantiza el correcto funcionamiento de numerosos circuitos digitales que afectan directamente a pacientes y profesionales.

Para que la digitalización alcance sus objetivos es imprescindible invertir en formación continua, reforzar la seguridad de la información y mantener una visión humanizada de la tecnología. La innovación sanitaria debe estar siempre orientada a facilitar el trabajo de los profesionales y mejorar la experiencia de los ciudadanos.

Bibliografía

- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, relativo a la protección de datos personales.
- Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Global strategy on digital health 2020-2025*.
- Comisión Europea. *European Health Data Space: propuesta para un espacio europeo de datos sanitarios*.

Introducción

La calidad asistencial en los sistemas sanitarios no depende únicamente de la actuación de los profesionales clínicos, sino también del correcto funcionamiento de todos los procesos organizativos que permiten que la atención llegue al ciudadano de forma eficiente, accesible y humanizada. Dentro de esta estructura, el personal auxiliar administrativo del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) desempeña un papel esencial, ya que constituye uno de los primeros puntos de contacto entre el usuario y la organización sanitaria.

Tradicionalmente, las funciones administrativas han sido consideradas como tareas de apoyo, vinculadas principalmente a la gestión documental o la tramitación de procedimientos. Sin embargo, la evolución del modelo sanitario ha transformado profundamente este papel, convirtiendo al personal auxiliar administrativo en un elemento clave para garantizar la continuidad asistencial, la correcta gestión de la información y la coordinación entre los diferentes niveles sanitarios.

Desarrollo

El auxiliar administrativo sanitario desarrolla funciones imprescindibles para el funcionamiento diario de los centros de salud, hospitales y servicios especializados. La gestión de citas, la actualización de datos administrativos, la recepción de pacientes, la organización de agendas profesionales o la tramitación de documentación sanitaria son actividades que influyen directamente en la accesibilidad y en la percepción que el ciudadano tiene del sistema sanitario.

Una adecuada organización administrativa permite reducir errores, evitar duplicidades y mejorar los tiempos de respuesta. Cuando los circuitos administrativos funcionan correctamente, los profesionales sanitarios pueden centrar sus esfuerzos en la atención clínica, favoreciendo una utilización más eficiente de los recursos disponibles.

Además, el auxiliar administrativo ocupa una posición estratégica en la comunicación con los usuarios. En muchas ocasiones es el primer profesional con el que contacta una persona que acude al sistema sanitario, especialmente pacientes mayores, personas con discapacidad o ciudadanos que presentan dificultades para comprender los procedimientos administrativos. Por este motivo, las habilidades comunicativas, la empatía y la capacidad para resolver incidencias forman parte de las competencias necesarias en este puesto.

La transformación digital del sistema sanitario también ha incrementado la responsabilidad de este colectivo. La utilización de herramientas informáticas, la historia clínica electrónica y los sistemas de gestión sanitaria requieren profesionales preparados, capaces de garantizar tanto la eficiencia administrativa como la seguridad de la información.

Por otro lado, la coordinación entre personal administrativo y sanitario resulta fundamental para mejorar la atención. El trabajo en equipo entre médicos, enfermeras, técnicos y personal administrativo permite detectar problemas organizativos, mejorar los circuitos internos y ofrecer una atención más cercana al ciudadano.

Conclusiones

El personal auxiliar administrativo del SESPA constituye una pieza fundamental dentro de la organización sanitaria. Su trabajo influye directamente en la calidad percibida por los usuarios, en la eficiencia de los procesos y en la coordinación entre los diferentes profesionales.

Reconocer el valor de este colectivo implica apostar por una mayor formación, actualización de competencias y participación en los procesos de mejora organizativa. La calidad asistencial no puede entenderse únicamente desde la perspectiva clínica; también depende de una gestión administrativa eficaz, humana y orientada al ciudadano.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Servicios sanitarios integrados centrados en las personas*.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley Orgánica 3/2018, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Ministerio de Sanidad. *Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud*.
- Donabedian A. *The quality of care: How can it be assessed?*. JAMA. 1988.

TRABAJO EN EQUIPO Y COORDINACIÓN ENTRE PROFESIONALES SANITARIOS Y ADMINISTRATIVOS: UNA NECESIDAD PARA MEJORAR LA ATENCIÓN AL PACIENTE

Introducción

La calidad de la atención sanitaria no depende exclusivamente de la intervención directa de los profesionales asistenciales, sino también de la capacidad de todos los trabajadores que forman parte del sistema para coordinarse y trabajar hacia

un objetivo común: ofrecer una atención segura, eficiente y centrada en las necesidades del paciente.

Dentro de las organizaciones sanitarias, los profesionales sanitarios y administrativos desarrollan funciones diferentes pero complementarias. Médicos, enfermeras, técnicos, celadores y personal administrativo forman parte de una misma estructura donde la comunicación y la colaboración resultan esenciales para garantizar el correcto funcionamiento de los servicios.

En este contexto, el personal administrativo sanitario, especialmente los auxiliares administrativos del SESPA, desempeña un papel fundamental como elemento de conexión entre el ciudadano y los equipos asistenciales. Su trabajo en áreas como admisión, gestión de citas, documentación, información al usuario o coordinación interna influye directamente en la continuidad y calidad de la atención.

Desarrollo

El trabajo en equipo dentro del ámbito sanitario implica mucho más que compartir un espacio físico o desarrollar tareas relacionadas. Supone establecer objetivos comunes, mantener una comunicación efectiva y comprender la importancia que tiene cada profesional dentro del proceso asistencial.

En muchas ocasiones, el paciente percibe el sistema sanitario como una única organización, sin

diferenciar entre funciones asistenciales y administrativas. Por ello, cualquier fallo en la coordinación puede repercutir en su experiencia y en la seguridad del proceso. Una cita incorrectamente gestionada, una información transmitida de forma incompleta o un problema de comunicación entre unidades pueden generar retrasos, duplicidades o dificultades para acceder a la atención necesaria.

La coordinación entre personal administrativo y sanitario permite mejorar numerosos procedimientos. La correcta gestión de agendas, la preparación adecuada de documentación, la comunicación de cambios organizativos o la identificación de necesidades específicas de los usuarios requieren una relación fluida entre ambos ámbitos profesionales.

Uno de los principales elementos para conseguir una coordinación eficaz es la comunicación interna. Los centros sanitarios son organizaciones complejas donde intervienen múltiples servicios y profesionales. La existencia de canales claros de información evita errores, facilita la resolución de problemas y favorece un ambiente laboral más colaborativo.

Además, el trabajo en equipo contribuye a mejorar el clima laboral. Cuando cada profesional conoce y valora la función que desempeñan sus compañeros, aumenta el respeto entre categorías y disminuyen situaciones de conflicto

derivadas del desconocimiento o la falta de coordinación. La atención sanitaria debe entenderse como un trabajo conjunto donde todas las piezas son necesarias.

La formación en habilidades de comunicación, resolución de conflictos y trabajo colaborativo puede ser una herramienta fundamental para fortalecer estas relaciones profesionales. No basta con disponer de conocimientos técnicos; también es necesario desarrollar competencias que permitan gestionar situaciones complejas, especialmente en entornos sometidos a presión asistencial.

La implantación de nuevas tecnologías y sistemas de información sanitaria también exige una coordinación permanente. Las herramientas digitales pueden mejorar la eficiencia, pero requieren que todos los profesionales conozcan los procedimientos y compartan criterios comunes de utilización.

Desde una perspectiva de calidad asistencial, las organizaciones sanitarias deben fomentar una cultura basada en la colaboración. Esto implica reconocer la importancia de todos los colectivos profesionales, facilitar la participación de los trabajadores en la mejora de los procesos y promover espacios donde puedan identificarse dificultades y plantearse soluciones.

Conclusiones

El trabajo en equipo entre profesionales sanitarios y administrativos constituye un elemento imprescindible para mejorar la atención al paciente. La asistencia sanitaria actual requiere organizaciones coordinadas, donde cada profesional aporte sus conocimientos y responsabilidades dentro de un objetivo común.

El auxiliar administrativo sanitario no es únicamente un apoyo burocrático, sino un profesional que participa activamente en el funcionamiento del sistema y en la relación entre la ciudadanía y los servicios sanitarios. Su coordinación con los equipos asistenciales resulta clave para garantizar una atención más accesible, segura y eficiente.

Fortalecer la comunicación, mejorar la organización interna y promover una verdadera cultura de equipo son actuaciones necesarias para afrontar los retos actuales del sistema sanitario público. Cuidar la coordinación entre profesionales supone, en última instancia, mejorar la atención que recibe el paciente.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Marco para la acción en educación interprofesional y práctica colaborativa.
- Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Factores psicosociales y organización del trabajo.
- Ministerio de Sanidad. Estrategias de mejora de la calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA). Información y organización de la asistencia sanitaria.

PREVENCIÓN DEL ESTRÉS LABORAL Y BURNOUT EN EL PERSONAL ADMINISTRATIVO SANITARIO

Introducción

El entorno sanitario se caracteriza por una elevada exigencia organizativa, una atención constante a las necesidades de los pacientes y una presión derivada de la responsabilidad que implica garantizar una adecuada prestación de los servicios públicos. Aunque gran parte de los estudios sobre estrés laboral en sanidad se centran en profesionales asistenciales, el personal administrativo

sanitario también está expuesto a importantes factores de riesgo psicosocial derivados de sus funciones.

Los auxiliares administrativos del ámbito sanitario desempeñan un papel esencial en la organización del sistema, participando en tareas como la gestión de citas, admisión de pacientes, atención telefónica, tramitación documental y coordinación con diferentes unidades. Estas funciones requieren precisión, capacidad de adaptación y una atención continuada al usuario, muchas veces en contextos marcados por la elevada demanda asistencial y la limitación de recursos.

El estrés mantenido en el tiempo puede generar consecuencias negativas tanto para la salud del trabajador como para la calidad del servicio prestado. Por ello, la prevención del estrés laboral y del síndrome de burnout debe formar parte de las estrategias de mejora de las organizaciones sanitarias.

Desarrollo

El estrés laboral aparece cuando existe un desequilibrio entre las demandas del puesto de trabajo y los recursos disponibles para afrontarlas. En el ámbito administrativo sanitario, algunos factores pueden incrementar este riesgo: sobrecarga de tareas, atención continua al público, presión por resolver problemas de forma inmediata, cambios frecuentes en los procedimientos, falta de personal o dificultades en la comunicación interna.

Una característica específica de estos puestos es la exposición directa a usuarios que pueden encontrarse en situaciones de preocupación, incertidumbre o malestar. El personal administrativo suele ser la primera imagen del sistema sanitario para el ciudadano y, en ocasiones, debe gestionar reclamaciones, conflictos o situaciones emocionalmente complejas sin disponer siempre de herramientas suficientes para afrontarlas.

Cuando estas situaciones se mantienen durante largos periodos puede aparecer el síndrome de burnout o desgaste profesional. La Organización Mundial de la Salud lo reconoce como un fenómeno relacionado con el ámbito laboral, caracterizado principalmente por agotamiento emocional, distanciamiento o actitud negativa hacia el trabajo y sensación de falta de eficacia profesional.

La prevención requiere actuar sobre la organización y no únicamente sobre la capacidad individual del trabajador para resistir la presión. Entre las medidas más eficaces se encuentran una adecuada planificación de las cargas de trabajo, la dotación suficiente de personal, la definición clara de funciones, la mejora de los canales de comunicación y la participación de los empleados en los procesos de cambio.

La formación también desempeña un papel fundamental. Capacitar al personal administrativo en habilidades de comunicación, gestión de conflictos,

organización del tiempo y manejo de situaciones difíciles permite afrontar con mayor seguridad las demandas del puesto. Del mismo modo, favorecer un clima laboral basado en el apoyo entre compañeros y responsables contribuye a reducir la sensación de aislamiento.

La evaluación de riesgos psicosociales debe integrarse dentro de la prevención de riesgos laborales en las organizaciones sanitarias. Identificar los factores que generan malestar permite establecer medidas correctoras antes de que aparezcan problemas de salud. La prevención no debe limitarse a intervenir cuando existe una situación de baja laboral, sino anticiparse mediante políticas de cuidado del trabajador.

Conclusiones

El personal administrativo sanitario constituye un elemento imprescindible para el funcionamiento de los servicios de salud y, al igual que otros colectivos, necesita medidas específicas de protección frente a los riesgos psicosociales. La prevención del estrés laboral y del burnout no debe considerarse una cuestión individual, sino una responsabilidad compartida entre la organización y los profesionales.

Mejorar las condiciones de trabajo, reforzar las plantillas, favorecer la formación continua y promover una cultura organizativa basada en el respeto y la colaboración son actuaciones necesarias para garantizar el bienestar de los trabajadores y una atención sanitaria de mayor calidad.

Cuidar a quienes gestionan y facilitan el acceso de la ciudadanía al sistema sanitario supone también cuidar del propio servicio público.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11).

Síndrome de desgaste profesional (burnout).

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Notas técnicas de prevención sobre factores psicosociales y estrés laboral.
- Maslach, C., & Leiter, M. P. The Burnout Challenge: Managing People’s Relationships with Their Jobs.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. Gestión de los riesgos psicosociales en el trabajo.

Cómo actuar ante una agresión: pautas para personal sanitario y no sanitario.

La violencia contra los profesionales constituye un problema creciente en múltiples ámbitos, especialmente en el entorno sanitario, donde las situaciones de tensión, la sobrecarga asistencial y las expectativas de pacientes y familiares pueden favorecer episodios de agresividad. Sin embargo, cualquier trabajador, independientemente de su profesión, puede enfrentarse a una agresión física o verbal. Conocer cómo actuar permite reducir el riesgo de lesiones, proteger a las personas implicadas y facilitar una respuesta adecuada.

Las agresiones pueden clasificarse en verbales, psicológicas, físicas o sexuales. En muchas ocasiones, la violencia comienza con amenazas, insultos o conductas intimidatorias que, si no se controlan, pueden evolucionar hacia una

agresión física. Por ello, la detección precoz de los signos de escalada resulta esencial.

Ante una conducta agresiva, la prioridad es garantizar la seguridad. Tanto el personal sanitario como el no sanitario deben mantener la calma, controlar el tono de voz y evitar responder con hostilidad. Es recomendable mantener una distancia de seguridad de aproximadamente uno o dos metros, adoptar una postura abierta, sin gestos desafiantes, y facilitar una vía de escape tanto para el profesional como para la persona alterada.

La comunicación constituye una herramienta fundamental para reducir la tensión. Escuchar de forma activa, permitir que la persona exprese su malestar sin interrupciones y utilizar un lenguaje claro y respetuoso favorecen la desescalada del conflicto. Frases como «Entiendo que esta situación le preocupa» o «Voy a intentar ayudarle» pueden disminuir la percepción de confrontación. En cambio, deben evitarse amenazas, discusiones o comentarios que puedan interpretarse como provocaciones.

Actuación ante una agresión

Cuando la agresividad aumenta o existe riesgo de violencia física, el profesional debe seguir una actuación estructurada. En primer lugar, debe valorar rápidamente el nivel de riesgo y mantener una distancia de seguridad. Si la situación lo permite, se intentará reconducir el conflicto mediante técnicas de comunicación y desescalada verbal, evitando enfrentamientos o actitudes desafiantes.

Si el riesgo persiste o aumenta, es fundamental solicitar ayuda mediante los sistemas de alarma disponibles o avisar a compañeros y responsables. Nunca debe intentarse controlar una situación de violencia física en solitario. Cuando exista peligro para la integridad de las personas, la prioridad será abandonar el lugar y trasladarse a una zona segura, alertando a los servicios de seguridad o a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad si fuera necesario.

Una vez finalizado el incidente, deben atenderse las posibles lesiones físicas y el impacto psicológico de la víctima. Posteriormente, la agresión debe notificarse siguiendo el protocolo del centro de trabajo, documentando de forma objetiva los hechos, la hora, el lugar, los implicados y los testigos. Esta información permitirá analizar el incidente y establecer medidas preventivas que reduzcan el riesgo de que vuelva a producirse.

En el ámbito sanitario, además de comunicar el incidente al Servicio de Prevención de Riesgos Laborales, puede ser necesario registrar la agresión como accidente de trabajo, activar el apoyo psicológico al profesional y realizar la correspondiente denuncia cuando proceda.

La prevención representa la estrategia más eficaz frente a las agresiones. La formación en habilidades de comunicación, técnicas de desescalada, identificación de factores de riesgo y actuación ante situaciones violentas mejora la capacidad de respuesta de los profesionales. Del mismo modo, disponer de protocolos claros, sistemas de alarma accesibles y espacios seguros contribuye significativamente a disminuir la incidencia de estos episodios.

Conclusiones

Las agresiones en el entorno laboral constituyen un importante problema de seguridad y salud que afecta tanto al personal sanitario como al no sanitario. La formación específica, la prevención y la existencia de protocolos de actuación permiten reducir el riesgo de lesiones y mejorar la respuesta ante estos incidentes.

La actuación debe centrarse siempre en proteger la integridad física de las personas, evitar la confrontación, solicitar ayuda de forma precoz y comunicar el incidente siguiendo los procedimientos establecidos. Además, el análisis posterior de cada agresión resulta imprescindible para implantar medidas correctoras que fortalezcan la seguridad en el entorno laboral.

Promover una cultura de tolerancia cero frente a la violencia, junto con el apoyo institucional y la formación continuada de los profesionales, constituye una de las estrategias más eficaces para prevenir nuevas agresiones y garantizar entornos de trabajo seguros y de calidad.

Bibliografía

.Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). (2023). Violencia ocupacional en el trabajo. Madrid: INSST.

. Ministerio de Sanidad. (2024). Plan de prevención y atención frente a las agresiones a profesionales del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Gobierno de España.

.Organización Internacional del Trabajo (OIT), Organización Mundial de la Salud (OMS), Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) e Internacional de Servicios Públicos (ISP). (2002). Directrices marco para afrontar la violencia laboral en el sector de la salud. **.** Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe mundial sobre la violencia y la salud. Ginebra: OMS.

HIGIENE DE MANOS EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

La higiene de manos constituye una de las medidas más eficaces y sencillas para prevenir la transmisión de infecciones, tanto en entornos sanitarios como en la comunidad. Su correcta aplicación reduce significativamente la propagación de microorganismos, incluidos bacterias, virus y hongos, protegiendo tanto a los pacientes como al personal y a la población general.

En el ámbito sanitario, la higiene de manos es un pilar fundamental de la seguridad del paciente. Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) representan un problema importante de salud pública, aumentando la morbimortalidad, prolongando las estancias hospitalarias y elevando los costes del sistema sanitario. En este contexto, el personal sanitario debe realizar la higiene de manos en momentos clave, conocidos como los “cinco momentos”: antes de tocar al paciente, antes de realizar una tarea limpia o aséptica, después

del riesgo de exposición a fluidos corporales, después de tocar al paciente y después del contacto con el entorno del paciente.

Existen dos métodos principales para la higiene de manos: el lavado con agua y jabón y la fricción con soluciones hidroalcohólicas. El lavado con agua y jabón es esencial cuando las manos están visiblemente sucias o contaminadas con materia orgánica. Por otro lado, las soluciones hidroalcohólicas son el método de elección en la mayoría de las situaciones clínicas, debido a su rapidez, eficacia y mejor tolerancia cutánea. Es fundamental que la técnica se realice correctamente, cubriendo todas las superficies de las manos durante el tiempo recomendado (20-30 segundos para soluciones alcohólicas y 40-60 segundos para el lavado con agua y jabón).

En el caso del personal no sanitario, la higiene de manos también desempeña un papel crucial, especialmente en contextos como la manipulación de alimentos, el cuidado de personas dependientes o en situaciones de brotes epidémicos. La educación en higiene de manos debe comenzar desde edades tempranas y reforzarse en la vida adulta, promoviendo hábitos adecuados como lavarse las manos antes de comer, después de usar el baño, tras toser o estornudar y después de tocar superficies potencialmente contaminadas.

Un aspecto relevante es la adherencia a las prácticas de higiene de manos. Diversos estudios han demostrado que, a pesar del conocimiento de su importancia, el cumplimiento sigue siendo subóptimo, especialmente en entornos sanitarios con alta carga de trabajo. Factores como la falta de tiempo, la irritación cutánea o la percepción de bajo riesgo pueden influir negativamente. Por ello, es necesario implementar estrategias de mejora, como la formación continua, la disponibilidad de recursos, la monitorización del cumplimiento y la promoción de una cultura de seguridad.

Además, la pandemia de COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia de la higiene de manos en todos los niveles de la sociedad. La adopción masiva de esta práctica ha contribuido no solo a reducir la transmisión del SARS-CoV-2, sino también de otros patógenos respiratorios y gastrointestinales.

En conclusión, la higiene de manos es una intervención sencilla, económica y altamente efectiva para prevenir infecciones. Tanto el personal sanitario como el no sanitario deben conocer y aplicar correctamente las técnicas recomendadas, integrándolas en su práctica diaria. La mejora de la adherencia requiere un enfoque multidimensional que combine educación, accesibilidad y cultura organizacional. Promover la higiene de manos es, en última instancia, una responsabilidad compartida que contribuye a la protección de la salud individual y colectiva.

Conclusiones

1. La higiene de manos es la medida más efectiva para prevenir infecciones transmisibles.

2. Su correcta aplicación es esencial en entornos sanitarios para reducir las IRAS.

3. Las soluciones hidroalcohólicas son el método preferido en la mayoría de las situaciones clínicas.

4. La educación y concienciación son clave para mejorar la adherencia en personal sanitario y población general.

5. La implementación de estrategias institucionales favorece el cumplimiento y la seguridad del paciente.

Bibliografía

- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Guía sobre la higiene de manos en la atención sanitaria*. Ginebra: OMS; 2009.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Hand Hygiene in Healthcare Settings*. Atlanta: CDC; 2020.
- Ministerio de Sanidad de España. *Estrategia de Seguridad del Paciente del Sistema Nacional de Salud*. Madrid; 2015.
- Pittet D, Allegranzi B, Boyce J. *The World Health Organization Guidelines on Hand Hygiene in Health Care*. Lancet Infect Dis. 2009;9(5):305-307.
- Erasmus V et al. *Systematic review of studies on compliance with hand hygiene guidelines in hospital care*. Infect Control Hosp Epidemiol. 2010;31(3):283-294.

Violencia de Género por Personal Sanitario y No Sanitario

- La violencia de género es una de las principales preocupaciones en el ámbito de la salud pública. Implica cualquier acto de violencia física, psicológica, sexual o económica perpetrado contra una persona debido a su género, generalmente dirigido a las mujeres, aunque también puede afectar a personas de identidades de género diversas. Esta problemática afecta a las víctimas en múltiples dimensiones de su vida y repercute gravemente en su salud física y mental. El papel del personal sanitario y no sanitario en la atención y manejo de la violencia de género es crucial, ya que pueden convertirse en primeros detectores, así como en agentes de intervención y apoyo.

Definición

- La violencia de género, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se refiere a cualquier acto de violencia dirigido hacia una persona por su género, que resulte en daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico. Esta violencia se manifiesta en diversas formas, tales como la violencia doméstica, el acoso sexual, la mutilación genital femenina, y el feminicidio, entre otras. A menudo, la violencia de género se normaliza o minimiza en las sociedades, lo que dificulta su detección temprana y la denuncia por parte de las víctimas.
- En el contexto sanitario, la violencia de género también puede manifestarse dentro de los propios entornos de salud, tanto por parte del personal sanitario como no sanitario. El impacto de estos actos es doble, ya que no solo agravan la salud física y emocional de las víctimas, sino que también obstaculizan la búsqueda de atención médica adecuada.

Violencia de Género por Personal Sanitario

- El personal sanitario tiene un papel clave en la identificación y atención de los casos de violencia de género. Sin embargo, diversos estudios han documentado que los profesionales de la salud, aunque en muchos casos bien intencionados, no siempre detectan las señales de violencia o, peor aún, perpetúan la violencia de género de manera indirecta. Esto puede ocurrir por falta de formación específica, estigmatización o incluso desinterés ante situaciones de abuso.
- Un estudio realizado por la Fundación Cermi (Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad) señala que, en muchos hospitales y centros de salud, las víctimas de violencia de género no reciben la atención adecuada, ni se les proporciona el apoyo necesario. A menudo, las víctimas son ignoradas o malinterpretadas por profesionales que no tienen la formación adecuada para manejar estos casos de manera empática y efectiva (Fundación Cermi, 2020).
- Una de las situaciones más alarmantes es la revictimización que puede ocurrir cuando las víctimas de violencia de género se enfrentan a la indiferencia o al juicio de los profesionales de la salud. Esto puede empeorar el trauma y dificultar la denuncia del agresor. Las víctimas de violencia de género pueden sentirse avergonzadas o temerosas de que sus experiencias no sean tomadas en serio, lo que limita su acceso a la atención médica necesaria.

Violencia de Género por Personal No Sanitario

- La violencia de género también puede ser perpetuada por personal no sanitario en los centros de salud. Este tipo de violencia incluye situaciones en las que los pacientes son víctimas de acoso, comentarios

inapropiados o trato despectivo por parte del personal administrativo, de limpieza o de seguridad. Aunque estos actos no siempre son tan visibles como la violencia directa, contribuyen a crear un entorno inseguro y hostil para las víctimas, dificultando aún más su proceso de recuperación y denuncia.

- Un informe de Médicos del Mundo (2021) expone que el acoso y la discriminación por parte de personal no sanitario es una de las barreras más invisibles pero perjudiciales para las víctimas de violencia de género en el ámbito hospitalario. Las mujeres que acuden a servicios de salud en busca de atención suelen sentirse vulnerables cuando son tratadas de manera despectiva o se les niega la confidencialidad de su situación.

La Necesidad de Formación y Sensibilización

- Para abordar la violencia de género en el ámbito sanitario, tanto el personal sanitario como no sanitario deben recibir formación especializada. Esta formación debe incluir el reconocimiento de signos de violencia de género, la comprensión de sus impactos psicológicos y físicos, y las mejores prácticas para ofrecer una atención que no revictimice a las personas afectadas. Según el informe de la OMS sobre la violencia contra las mujeres (2013), la capacitación continua para los profesionales de la salud es esencial para garantizar una respuesta adecuada y un apoyo efectivo a las víctimas.
- Además, es fundamental que las instituciones sanitarias implementen protocolos claros y eficaces para el manejo de estos casos, con énfasis en la confidencialidad, la protección de la víctima, y la colaboración con otros servicios de apoyo como la policía, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los servicios sociales.

Conclusión

- La violencia de género sigue siendo un grave problema a nivel mundial, y el personal sanitario y no sanitario tiene un papel determinante en su detección, prevención y manejo. Si bien los avances en la sensibilización y la formación han mejorado la respuesta del sistema sanitario ante esta problemática, todavía existen muchas barreras, tanto estructurales como culturales, que impiden una intervención efectiva. La formación continua, la implementación de protocolos adecuados y el trabajo conjunto entre distintos actores sociales son esenciales para erradicar la violencia de género y garantizar que las víctimas reciban la atención integral que necesitan para superar las consecuencias de este tipo de abuso.
- Bibliografía

- 1. Fundación Cermi. (2020). Informe sobre violencia de género en personas con discapacidad. Recuperado de www.cermi.es
- 2.Médicos del Mundo. (2021). Violencia de género en el ámbito sanitario: Obstáculos para las víctimas. Recuperado de www.medicosdelmundo.org 3. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2013). Violencia contra la mujer: un problema de salud pública. Ginebra: OMS.
- 4. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2021). Violencia de género y salud. Recuperado de www.who.int

El Uso de Pantallas y Dispositivos Digitales para el Personal Sanitario y No Sanitario en Centros de Salud y Hospitales

La transformación digital ha permeado de forma irreversible todos los sectores productivos, y el ámbito sanitario no es una excepción. Hoy en día, la actividad asistencial y administrativa en hospitales y centros de salud es inejecutable sin el uso cotidiano de pantallas: ordenadores de historia clínica electrónica (HCE), tabletas para el registro a pie de cama, smartphones corporativos y sistemas de visualización de pruebas de imagen. Esta digitalización involucra de manera transversal a todo el personal, tanto sanitario (médicos, enfermeros, técnicos) como no sanitario (personal administrativo, de admisión, celadores y coordinadores de servicio).

Si bien estas herramientas optimizan la eficiencia, la inmediatez y la precisión de los datos, su uso intensivo plantea nuevos desafíos ergonómicos, cognitivos y de salud laboral que es necesario abordar.

Digitalización de Procesos: Sanitarios y No Sanitarios ante las Pantallas

El papel ha cedido casi por completo su lugar a las pantallas táctiles y los monitores en prácticamente todas las áreas de un centro sanitario:

- Personal Sanitario: Utiliza las pantallas de forma continua para consultar historiales clínicos, prescribir tratamientos electrónicos, registrar constantes vitales en tiempo real y analizar pruebas diagnósticas complejas (resonancias, radiografías o analíticas). La pantalla se ha convertido en una ventana directa al estado de salud del paciente, pero también en un potencial elemento de distracción durante la comunicación clínica si no se gestiona adecuadamente.

- Personal No Sanitarios: Los profesionales de admisión, atención al usuario y gestión administrativa dependen exclusivamente de pantallas para la asignación de citas, la gestión de agendas médicas, la tramitación de altas y la coordinación logística de camas y suministros. Su labor frente al monitor determina la fluidez inicial del circuito asistencial.

Impacto en la Salud Laboral: Fatiga Visual y Trastornos Musculoesqueléticos

El uso prolongado de dispositivos con pantallas de visualización de datos (PVD) genera diversas patologías laborales reconocidas:

- Astenopia o Fatiga Visual Digital: Mirar fijamente una pantalla retroiluminada reduce de forma drástica la frecuencia de parpadeo, pasando de unas 15-20 veces por minuto a menos de 7. Esto provoca sequedad ocular, irritación, visión borrosa, dolores de cabeza y fatiga ocular al finalizar la jornada laboral, afectando tanto a personal administrativo como clínico.

- Trastornos Musculoesqueléticos (TME): Las malas posturas mantenidas frente al ordenador — como la flexión excesiva del cuello para mirar pantallas mal colocadas, la tensión en hombros y la falta de soporte ergonómico— derivan en cervicalgias, lumbalgias y lesiones por esfuerzo repetitivo (LER) en las manos y muñecas debido al uso intensivo de teclados y ratones.

- Sobrecarga Cognitiva e Interrupciones: El flujo constante de notificaciones, alarmas de equipos y alertas en las pantallas puede generar fragmentación de la atención, aumentando el riesgo de errores tanto en la transcripción de datos administrativos como en la administración clínica de fármacos.

Buenas Prácticas y Recomendaciones Ergonómicas

Para mitigar los efectos adversos del uso masivo de pantallas en los centros sanitarios, las organizaciones y los propios trabajadores deben aplicar medidas preventivas basadas en la ergonomía laboral:

La Regla del 20-20-20 para la Salud Ocular: Cada 20 minutos de uso de pantallas, desviar la vista hacia un objeto situado a unos 20 pies

(aproximadamente 6 metros) durante al menos 20 segundos para relajar la acomodación visual.

1. Ajuste Ergonómico del Puesto: Situar la pantalla a una distancia de entre 50 y 70 centímetros de los ojos, con el borde superior del monitor a la altura de los ojos o ligeramente por debajo, asegurando que el cuello permanezca en posición neutra.

2. Pautas de Descanso Activo: Establecer microdescansos periódicos para estirar la musculatura cervical, de la espalda y de las extremidades superiores, combatiendo el sedentarismo digital.

3. Cuidado en la Comunicación con el Paciente: El personal sanitario debe evitar que la pantalla del ordenador actúe como una barrera fría entre él y el enfermo, procurando mantener el contacto visual directo durante las explicaciones clínicas importantes.

Conclusión

Las pantallas y los entornos digitales son herramientas indispensables que han modernizado la gestión y la asistencia en hospitales y centros de salud, facilitando la labor conjunta del personal sanitario y no sanitario. Sin embargo, su uso intensivo exige una rigurosa vigilancia ergonómica y organizativa. Cuidar la salud visual, postural y mental de los trabajadores frente a los dispositivos digitales no solo protege su bienestar individual, sino que garantiza una atención más segura, eficiente y humana para el paciente.

Bibliografía

.Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la utilización de Lugares de Trabajo con Pantallas de Visualización. Madrid: INSST; 2021.

.García-Muñoz A, Cacho-Martín MB, Ruiz-Alcocer J. Fatiga visual digital en profesionales sanitarios expuestos a pantallas de visualización de datos. Archivos de la Sociedad Española de Oftalmología. 2022;97(4):210-218.

.Organización Mundial de la Salud (OMS). Entornos de salud saludables: Guía sobre ergonomía y salud laboral en oficinas y centros sanitarios. Ginebra: OMS; 2020.

.Pérez-López M, Sampedro-Gómez J. El impacto de la historia clínica electrónica y el uso de pantallas en la relación médico-paciente. Revista Clínica Española. 2024;224(2):95-102.

UN SOLO EQUIPO, UN SOLO OBJETIVO LA SINERGIA ENTRE PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO EN LA ATENCION INTEGRAL.

En el imaginario colectivo, la atención de la salud suele representarse en la figura del médico o la enfermera al lado del paciente. Sin embargo, la realidad de un centro sanitario —sea un hospital de alta resolución, un centro de atención primaria o una residencia asistencial— es comparable a la de una compleja orquesta. Cada intervención clínica exitosa es el resultado de una cadena invisible de actos coordinados donde el personal sanitario y no sanitario entrelazan sus funciones de manera inseparable.

Más Allá del Acto Médico: La Cadena de Valor Multidisciplinar

El objetivo fundamental de cualquier institución de salud es recuperar o mantener el bienestar del paciente en un entorno seguro y humano. Para alcanzar esta meta, la asistencia clínica (médicos, enfermeros, TCAEs, fisioterapeutas) requiere de un soporte logístico, administrativo y técnico impecable (personal de admisión, mantenimiento, limpieza, cocina, celadores, informática y administración).

Sin la higienización rigurosa de una sala de operaciones por parte del personal de limpieza, la cirugía más avanzada queda expuesta al riesgo de infección. Sin la gestión eficiente de citas y admisiones, el itinerario del paciente se colapsa, afectando de forma directa a la calidad percibida y a los tiempos de respuesta clínica.

La excelencia en la atención no reside únicamente en el diagnóstico acertado, sino en la solidez de cada eslabón que compone la estancia del paciente.

Comunicación e Interdependencia: Derribando Silos

Históricamente, los centros sanitarios han sufrido la presencia de "silos profesionales", donde las áreas clínicas y no clínicas operaban con cierta distancia cultural y operativa. La moderna gestión asistencial exige romper estas barreras conceptuales. La interdependencia es absoluta:

1. Seguridad del paciente:El personal de mantenimiento que revisa los sistemas de flujo de aire o las tomas de oxígeno garantiza el soporte vital básico tanto como el profesional que administra la medicación.

2. Experiencia del usuario: El primer contacto humano con el sistema de salud no suele ser un profesional de la medicina, sino el personal de recepción o celadores. Su empatía reduce la ansiedad inicial, facilitando la colaboración del paciente con el equipo médico.

3. Continuidad asistencial:La correcta codificación de historias clínicas y el procesamiento de datos por el equipo administrativo aseguran que la información fluya sin errores entre los distintos niveles asistenciales.

Cultura Organizacional Integradora

Para trabajar bajo la premisa de "Un Solo Equipo", es vital cultivar una cultura organizacional basada en el respeto mutuo y el reconocimiento explícito. Esto implica fomentar reuniones de coordinación donde se escuche la voz de todas las áreas, diseñar trayectos de formación compartidos (por ejemplo, en humanización de la asistencia o prevención de riesgos) y unificar criterios ante crisis sanitarias o sobrecargas asistenciales.

Conclusione s

1. Corresponsabilidad en los resultados:El éxito clínico no pertenece en exclusiva al estamento sanitario; es el resultado del esfuerzo combinado y coordinado de la totalidad de la plantilla del centro.

2. Humanización transversal:La calidad humana y el trato digno hacia el paciente y sus familiares deben ser un compromiso unificado, presente desde la entrada al centro hasta el alta definitiva. 3. Visión sistémica: Fomentar el conocimiento de las funciones del otro estamento elimina fricciones operativas y

refuerza la cohesión interna, convirtiendo a la organización en una estructura ágil, eficiente y orientada al cuidado integral.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). (2020). Framework for Action on Interprofessional Education & Collaborative Practice. Ginebra: OMS.

2. Ramos, A. & Martínez, C. (2021). *Gestión integral de servicios sanitarios: Coordinación entre áreas clínicas y de soporte. Revista de Calidad Asistencial, 36(3), 145-152.

3. Torres, J. L. (2019). La humanización de la sanidad: Un reto para profesionales sanitarios y no sanitarios. Editorial Médica Panamericana.

IDENTIFICAR PARA PREVENIR: HERRAMIENTAS FRENTE AL ACOSO LABORAL EN EL ENTORNO SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

El acoso laboral constituye un problema relevante dentro de los entornos profesionales y puede repercutir negativamente en la salud física, psicológica y social de las personas trabajadoras. Se caracteriza por comportamientos hostiles, intimidatorios, humillantes o degradantes que pueden producirse de manera reiterada y prolongada en el tiempo, afectando al bienestar de la persona y al adecuado funcionamiento de la organización. En el ámbito sanitario, las situaciones de estrés laboral, elevada carga asistencial, relaciones jerárquicas y trabajo en equipo pueden generar circunstancias que requieren especial atención. No obstante, el acoso laboral puede presentarse igualmente en otros sectores y afectar tanto a personal sanitario como no sanitario. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la formación y sensibilización de los profesionales para identificar situaciones de acoso laboral, prevenir su aparición y favorecer una actuación adecuada ante posibles casos.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el acoso laboral y su prevención en el entorno profesional. Se consultaron publicaciones científicas, documentos institucionales, recomendaciones de organismos nacionales e

internacionales y normativa relacionada con la prevención de riesgos laborales y la protección de las personas trabajadoras. Se revisaron aspectos relacionados con la identificación de conductas de acoso, factores de riesgo, consecuencias para la salud y estrategias de prevención e intervención. Se seleccionó información de utilidad tanto para profesionales sanitarios como para personal no sanitario, prestando especial atención a la importancia de disponer de protocolos de actuación y canales seguros de comunicación.

Resultados

La revisión evidencia que el acoso laboral puede manifestarse mediante conductas como humillaciones, amenazas, aislamiento, difusión de rumores, descalificaciones reiteradas, asignación injustificada de tareas, ocultación de información necesaria para desarrollar el trabajo o cuestionamiento continuado de las capacidades profesionales. Estas conductas pueden provocar ansiedad, estrés, alteraciones del sueño, disminución de la autoestima, problemas de concentración y absentismo laboral, además de repercutir negativamente sobre el clima organizacional.

La identificación precoz de las señales de alarma constituye una herramienta fundamental para prevenir la evolución de estas situaciones. La formación de los trabajadores y responsables de los equipos permite diferenciar posibles conflictos laborales de comportamientos sistemáticos de acoso y facilita una respuesta adecuada. Asimismo, resulta fundamental promover una cultura organizacional basada en el respeto, la comunicación y la tolerancia cero frente a cualquier conducta intimidatoria o degradante.

La existencia de protocolos específicos, procedimientos confidenciales de comunicación y mecanismos de apoyo favorece la detección y facilita la intervención. La actuación coordinada entre trabajadores, responsables, servicios de prevención y recursos especializados permite abordar estas situaciones de forma integral.

Conclusiones

La prevención del acoso laboral requiere la implicación de toda la organización, independientemente del ámbito profesional. La formación y sensibilización de personal sanitario y no sanitario favorecen la identificación temprana de conductas inadecuadas y permiten actuar antes de que puedan producir consecuencias graves sobre la salud. Promover entornos laborales seguros, basados en el respeto y la comunicación, constituye una estrategia esencial de prevención. La disponibilidad de protocolos claros, canales de comunicación confidenciales y recursos de apoyo facilita una respuesta adecuada y contribuye a proteger el bienestar de las personas trabajadoras.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. **Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)**. Ginebra: OIT; 2019.

2. Organización Mundial de la Salud. **Mental health at work**. Ginebra: OMS; 2022.

3. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. **Acoso psicológico en el trabajo: definición**. Madrid: INSST.

4. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de **Prevención de Riesgos Laborales**. Boletín Oficial del Estado.

5. Organización Internacional del Trabajo. **Violence and stress**. Ginebra: OIT.

RCP PARA TODOS: FORMACIÓN Y ACTUACIÓN ANTE UNA PCR EN PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

La parada cardiorrespiratoria (PCR) constituye una emergencia sanitaria tiempo-dependiente en la que la actuación inmediata resulta fundamental para aumentar las posibilidades de supervivencia y disminuir las secuelas neurológicas. La identificación precoz de la situación, la activación de los servicios de emergencias y el inicio temprano de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) forman parte de la cadena de supervivencia. Aunque la atención avanzada corresponde a profesionales sanitarios entrenados, las primeras actuaciones pueden ser realizadas por cualquier persona que presencie una parada. Por ello, la formación en RCP debe dirigirse tanto al personal sanitario como al no sanitario. El conocimiento de las técnicas básicas permite responder de manera rápida y segura ante una emergencia, reduciendo el tiempo hasta el inicio de las compresiones torácicas y la utilización del desfibrilador externo automatizado (DEA). El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la formación en RCP y proporcionar herramientas que permitan mejorar la respuesta ante una PCR en diferentes entornos profesionales.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre la RCP y la actuación inicial ante una parada cardiorrespiratoria. Se consultaron recomendaciones y guías de organismos científicos nacionales e internacionales, así como publicaciones relacionadas con la reanimación, la formación en soporte vital básico y el uso del

DEA. Se revisaron los principales pasos de actuación ante una PCR, incluyendo el reconocimiento de la emergencia, la solicitud de ayuda, la realización de compresiones torácicas, la ventilación cuando esté indicada y la utilización precoz del desfibrilador. Se consideraron especialmente las estrategias formativas dirigidas a personal sanitario y no sanitario.

Resultados

La revisión evidencia que el reconocimiento temprano de una PCR y el inicio inmediato de las maniobras de RCP son elementos esenciales de la cadena de supervivencia. Ante una persona inconsciente que no respira con normalidad, es necesario activar rápidamente el sistema de emergencias y comenzar las compresiones torácicas siguiendo las recomendaciones establecidas.

La utilización precoz del DEA constituye otra intervención fundamental, ya que permite analizar el ritmo cardíaco y administrar una descarga cuando está indicada. Su disponibilidad en espacios públicos y laborales, junto con una formación adecuada, facilita que personas no sanitarias puedan participar en la respuesta inicial hasta la llegada de los servicios de emergencia.

En el personal sanitario, la formación debe incluir tanto las competencias de soporte vital básico como aquellas correspondientes a su nivel de responsabilidad profesional. En el personal no sanitario, los programas de formación práctica permiten adquirir conocimientos básicos, reducir el miedo a intervenir y mejorar la capacidad de respuesta ante una emergencia.

La realización periódica de cursos y simulaciones favorece la adquisición y mantenimiento de las habilidades, especialmente en técnicas que requieren práctica y actuación coordinada.

Conclusiones

La formación en RCP debe considerarse una competencia de interés tanto para profesionales sanitarios como para personal no sanitario. Una respuesta rápida y organizada ante una PCR puede contribuir a mejorar las posibilidades de supervivencia mientras llegan los servicios especializados. La capacitación en reconocimiento de la parada, compresiones torácicas y utilización del DEA proporciona herramientas sencillas y eficaces para actuar ante una emergencia. La formación periódica, las prácticas simuladas y la disponibilidad de desfibriladores en los lugares de trabajo pueden favorecer una respuesta más segura y eficaz. Promover la cultura de la RCP contribuye a que un mayor número de personas esté preparado para actuar ante una parada cardiorrespiratoria.

Bibliografía

1. European Resuscitation Council. **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support**. Resuscitation. 2021;161:98-114.

2. European Resuscitation Council. **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult Advanced Life Support**. Resuscitation. 2021;161:115-151.

3. American Heart Association. **2020 American Heart Association Guidelines for CPR and ECC**. Circulation. 2020;142(Suppl 2).

4. Perkins GD, et al. **European Resuscitation Council Guidelines 2021: Executive summary**. Resuscitation. 2021;161:1-60.

Organización Mundial de la Salud. **Basic Emergency Care: approach to the acutely ill and injured**. Ginebra: OMS; 2018

BURNOUT LABORAL: DETECCIÓN, PREVENCIÓN Y HERRAMIENTAS PARA EL BIENESTAR PROFESIONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

El síndrome de burnout constituye un problema relacionado con el entorno laboral que puede afectar de forma significativa al bienestar de los profesionales y a la calidad de su desempeño. Se caracteriza por agotamiento emocional, distanciamiento o actitudes negativas hacia el trabajo y una disminución de la percepción de eficacia profesional. Aunque inicialmente se relacionó especialmente con profesiones asistenciales, actualmente se reconoce que puede afectar a trabajadores de diferentes sectores y categorías profesionales. En el ámbito sanitario, factores como la elevada carga asistencial, la presión laboral, el contacto continuado con situaciones de enfermedad y sufrimiento, los turnos y la responsabilidad profesional pueden favorecer su aparición. En el personal no sanitario también pueden existir factores relacionados con la organización, la carga de trabajo, la falta de reconocimiento o las dificultades en las relaciones laborales. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de identificar precozmente los signos de burnout y promover estrategias de prevención y cuidado del bienestar profesional.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el síndrome de burnout, sus factores de riesgo, manifestaciones y estrategias de prevención en el entorno laboral. Se consultaron publicaciones científicas, documentos de organismos nacionales e internacionales y recomendaciones relacionadas con la salud laboral y el bienestar de los trabajadores. Se revisaron aspectos relacionados

con la identificación de síntomas, factores organizativos y personales asociados al burnout, consecuencias sobre la salud y medidas preventivas. Se seleccionó información aplicable tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, prestando especial atención a las intervenciones dirigidas a mejorar las condiciones de trabajo y favorecer hábitos saludables.

Resultados

La revisión muestra que el burnout puede manifestarse mediante cansancio persistente, agotamiento emocional, irritabilidad, dificultades de concentración, pérdida de motivación, distanciamiento respecto al trabajo y percepción de menor rendimiento profesional. Estas manifestaciones pueden repercutir tanto en la salud de los trabajadores como en las relaciones interpersonales, el absentismo y la calidad del desempeño profesional.

Entre los factores relacionados con su aparición destacan la sobrecarga de trabajo, la falta de autonomía, los horarios prolongados o poco predecibles, la insuficiencia de recursos, la escasa participación en la toma de decisiones y determinadas dificultades organizativas. En el ámbito sanitario pueden añadirse la exposición continuada al sufrimiento y la necesidad de tomar decisiones de elevada responsabilidad.

La prevención requiere combinar medidas individuales y organizativas. La educación sobre salud laboral, el desarrollo de habilidades para gestionar el estrés, el establecimiento de límites adecuados entre vida laboral y personal y la promoción de hábitos saludables pueden contribuir al bienestar. Sin embargo, las intervenciones organizativas resultan igualmente necesarias, incluyendo una adecuada distribución de cargas de trabajo, apoyo por parte de responsables, participación de los profesionales y mejora de la comunicación interna.

Conclusiones

El burnout representa un reto para la salud laboral de profesionales sanitarios y no sanitarios. La detección temprana de sus manifestaciones permite identificar situaciones de riesgo y establecer medidas preventivas antes de que se produzca un deterioro significativo del bienestar. La prevención debe abordarse desde una perspectiva integral, combinando estrategias individuales con cambios organizativos que favorezcan entornos laborales saludables. Promover la comunicación, el apoyo profesional, una adecuada organización del trabajo y la formación en gestión del estrés constituye una herramienta fundamental para proteger la salud de los trabajadores y mejorar su bienestar profesional.

Bibliografía

1. World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Ginebra: OMS; 2019.

2. World Health Organization. Mental health at work. Ginebra: OMS; 2022.

3. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. 3.ª ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press; 1996.

4. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Riesgos psicosociales en el trabajo. Madrid: INSST.

5. Organización Internacional del Trabajo. Entornos de trabajo seguros y saludables. Ginebra: OIT.

RECONOCER PARA ACTUAR: VIOLENCIA DE GÉNERO EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

Introducción

La violencia de género constituye un importante problema de salud pública y una vulneración de los derechos fundamentales. Sus consecuencias afectan a la salud física, psicológica, sexual y social de las mujeres, pudiendo extenderse también a sus hijos e hijas y al entorno familiar. Los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental en la detección precoz y atención de estas situaciones, pero la identificación y prevención de la violencia de género no debe limitarse exclusivamente al ámbito sanitario. Otros profesionales que mantienen contacto directo con la población pueden encontrarse ante signos de alarma y contribuir a facilitar el acceso a los recursos disponibles. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la formación y sensibilización del personal sanitario y no sanitario para favorecer la detección, prevención y adecuada actuación ante situaciones de violencia de género.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre la detección y atención de la violencia de género, consultando documentos institucionales y publicaciones científicas relacionadas con la actuación profesional. Se revisaron recomendaciones de organismos nacionales e internacionales, protocolos de actuación y literatura científica centrada en la detección precoz, los factores de riesgo, las consecuencias sobre la salud y la intervención profesional. Se seleccionó información especialmente relevante para profesionales sanitarios y para otros colectivos que, por sus características laborales, pueden detectar situaciones de violencia o facilitar la derivación hacia los recursos especializados.

Resultados

La revisión pone de manifiesto que la violencia de género puede presentarse de formas diversas y no siempre resulta evidente. Además de las agresiones físicas, pueden existir violencia psicológica, sexual, económica y conductas de control o aislamiento. Determinados signos, como lesiones recurrentes, ansiedad, alteraciones del sueño, síntomas depresivos, miedo, aislamiento social o acompañamiento constante por parte de la pareja, pueden constituir señales de alerta.

La formación profesional facilita la identificación de estas situaciones y permite ofrecer una respuesta adecuada, evitando actitudes que puedan generar culpabilización o revictimización. En el ámbito sanitario resulta fundamental disponer de espacios seguros que permitan realizar una entrevista confidencial y respetuosa. En el ámbito no sanitario, la sensibilización permite reconocer señales de alarma, escuchar sin juzgar y orientar hacia los servicios especializados, respetando siempre la autonomía y seguridad de la mujer.

Asimismo, la coordinación entre los diferentes profesionales y recursos constituye un elemento esencial para garantizar una atención integral y continuada. La existencia de protocolos claros y actualizados facilita una actuación homogénea ante posibles casos.

Conclusiones

La violencia de género requiere una respuesta integral en la que participen tanto profesionales sanitarios como no sanitarios. La formación continuada, la sensibilización y el conocimiento de los recursos disponibles favorecen la detección precoz y una atención centrada en las necesidades y la seguridad de la mujer. Reconocer las señales de violencia constituye el primer paso para poder actuar adecuadamente. La coordinación interdisciplinar y la aplicación de protocolos contribuyen a evitar la revictimización y a mejorar la respuesta profesional ante estas situaciones.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. **Violencia contra la mujer**. Ginebra: OMS; 2021.

2. Organización Mundial de la Salud. **Understanding and addressing violence against women: intimate partner violence**. Ginebra: OMS; 2012.

3. Ministerio de Sanidad. **Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género**. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2012.

4. Ministerio de Igualdad. **Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género**. Madrid: Gobierno de España.

5. Naciones Unidas. **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer**.

Nueva York: Naciones Unidas; 1993.

ACOSO SEXUAL EN EL ENTORNO LABORAL: SENSIBILIZACIÓN, PREVENCIÓN Y ACTUACIÓN PROFESIONAL SANITARIA Y NO SANITARIA

Introducción

El acoso sexual en el entorno laboral constituye una forma de violencia que puede afectar a la dignidad, integridad y bienestar de las personas trabajadoras. Puede manifestarse mediante comportamientos verbales, no verbales o físicos de naturaleza sexual que resulten no deseados y que generen un entorno intimidatorio, hostil, degradante, humillante u ofensivo. Estas conductas pueden producir consecuencias psicológicas y sociales, además de afectar al rendimiento profesional y al clima laboral. Tanto el personal sanitario como el no sanitario puede verse expuesto a estas situaciones, independientemente de su categoría o puesto de trabajo. La prevención requiere promover entornos profesionales basados en el respeto, la igualdad y la tolerancia cero ante cualquier conducta de carácter sexual no consentida. El objetivo de este trabajo es destacar la importancia de la sensibilización y formación de los profesionales para identificar posibles situaciones de acoso sexual, prevenir su aparición y facilitar una respuesta adecuada ante estas conductas.

Material y métodos

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre el acoso sexual en el entorno laboral, sus principales manifestaciones, factores de riesgo, consecuencias y medidas preventivas. Se consultaron publicaciones científicas, documentos institucionales, normativa nacional y recomendaciones de organismos nacionales e internacionales relacionados con la prevención de la violencia y el acoso en el trabajo. Se revisaron especialmente las estrategias de sensibilización, los procedimientos de comunicación y denuncia, las medidas de protección y los protocolos de actuación. La información seleccionada se orientó tanto a profesionales sanitarios como no sanitarios, considerando la necesidad de establecer medidas preventivas aplicables a diferentes entornos laborales.

Resultados

La revisión evidencia que el acoso sexual puede presentarse mediante comentarios, insinuaciones, bromas de contenido sexual, mensajes no deseados, contacto físico inapropiado, propuestas sexuales, gestos o conductas que generen incomodidad o intimidación. También pueden producirse situaciones vinculadas al abuso de una posición jerárquica o de poder. La identificación temprana de estas conductas resulta fundamental para evitar su normalización y prevenir su continuidad.

Entre las consecuencias descritas se encuentran ansiedad, estrés, inseguridad, disminución de la autoestima, alteraciones del sueño, absentismo y deterioro de las relaciones profesionales. Además, estas situaciones pueden generar un clima laboral negativo y afectar al funcionamiento de los equipos.

La prevención requiere establecer políticas claras contra el acoso, proporcionar formación periódica y garantizar que todos los profesionales conozcan los canales disponibles para comunicar posibles situaciones. Los protocolos deben contemplar procedimientos confidenciales, medidas de protección y una respuesta rápida y adecuada. Asimismo, resulta fundamental evitar la culpabilización de la persona afectada y garantizar un trato respetuoso durante todo el proceso.

Conclusiones

El acoso sexual laboral constituye un problema que requiere una respuesta activa por parte de las organizaciones y de todos sus profesionales. La sensibilización y formación del personal sanitario y no sanitario favorecen la identificación de conductas inadecuadas y contribuyen a prevenir su normalización. La existencia de protocolos claros, canales confidenciales de comunicación y medidas de protección facilita una actuación adecuada ante posibles casos. Promover una cultura laboral basada en el respeto, la igualdad y la seguridad permite reducir los factores de riesgo y favorecer entornos profesionales saludables y libres de acoso sexual.

Bibliografía

1. Organización Internacional del Trabajo. **Convenio sobre la violencia y el acoso, 2019 (núm. 190)**. Ginebra: OIT; 2019.

2. Organización Internacional del Trabajo. **Violence and harassment in the world of work**. Ginebra: OIT.

3. Ministerio de Igualdad. **Instituto de las Mujeres: igualdad y prevención del acoso sexual y por razón de sexo**. Madrid: Gobierno de España.

4. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la **igualdad efectiva de mujeres y hombres**. Boletín Oficial del Estado.

5. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de **Prevención de Riesgos Laborales**. Boletín Oficial del Estado.

Transformación digital y competencias profesionales en el ámbito sanitario: oportunidades y desafíos para una atención integral

RESUMEN

La transformación digital está modificando de forma progresiva la organización y prestación de los servicios sanitarios. La historia clínica electrónica, los sistemas de información, la telemedicina, las herramientas de comunicación digital y las nuevas aplicaciones basadas en inteligencia artificial ofrecen oportunidades para mejorar la accesibilidad, la coordinación y la eficiencia de los sistemas de salud. Sin embargo, la incorporación de tecnologías también plantea desafíos relacionados con la protección de datos, la seguridad de la información, la interoperabilidad, la brecha digital y la necesidad de desarrollar nuevas competencias profesionales. El objetivo de este capítulo es analizar el impacto transversal de la transformación digital en el ámbito sanitario y su relación con las competencias de los profesionales. Se realizó una revisión bibliográfica narrativa de documentos institucionales y literatura relacionada con salud digital, transformación de los sistemas sanitarios, competencias digitales, interoperabilidad y seguridad de la información. Los resultados muestran que la digitalización puede contribuir a mejorar la continuidad y eficiencia de la atención cuando se integra adecuadamente en los procesos asistenciales y organizativos. No obstante, su implantación requiere formación, adaptación de los profesionales, sistemas interoperables y medidas adecuadas de protección de la información. Se concluye que la transformación digital debe entenderse como un proceso organizativo y profesional, y no únicamente tecnológico, siendo imprescindible garantizar que las herramientas digitales estén orientadas a mejorar la calidad, seguridad, accesibilidad y atención centrada en las personas.

Palabras clave: salud digital; transformación digital; competencias digitales; interoperabilidad; tecnología sanitaria; seguridad de la información.

INTRODUCCIÓN

La transformación digital constituye uno de los principales procesos de cambio de los sistemas sanitarios contemporáneos. El desarrollo de herramientas

digitales ha permitido modificar la forma en que se registra, comparte y utiliza la información relacionada con la salud.

La historia clínica electrónica, la telemedicina, los sistemas de información, las plataformas de comunicación, las herramientas de apoyo a la toma de decisiones y las aplicaciones de inteligencia artificial forman parte de un entorno sanitario progresivamente digitalizado.

La Organización Mundial de la Salud considera que la salud digital puede contribuir a fortalecer los sistemas sanitarios, mejorar su eficiencia y favorecer un acceso equitativo a servicios de calidad. Sin embargo, señala también la importancia de aspectos como la interoperabilidad, la seguridad de los datos, la privacidad y la formación digital. [1]

En mayo de 2025, la Asamblea Mundial de la Salud acordó ampliar hasta 2027 la Estrategia Mundial sobre Salud Digital 2020-2025 y avanzar en el desarrollo de una nueva estrategia para el periodo 2028-2033, reflejando la importancia creciente de la transformación digital en los sistemas sanitarios. [2]

La digitalización afecta al conjunto de los profesionales, independientemente de su categoría o ámbito de trabajo. La utilización adecuada de las herramientas digitales requiere competencias que van más allá del manejo básico de dispositivos y programas.

El objetivo de este capítulo es analizar las oportunidades y desafíos de la transformación digital sanitaria y destacar la importancia de las competencias digitales como elemento transversal para los profesionales.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa sobre transformación digital y competencias profesionales en el ámbito sanitario.

La búsqueda se centró en documentos institucionales y literatura científica relacionada con salud digital, historia clínica electrónica, interoperabilidad, competencias digitales, telemedicina, seguridad de la información, protección de datos e inteligencia artificial.

Se priorizaron publicaciones de organismos sanitarios internacionales y documentos estratégicos relacionados con la transformación digital de los sistemas de salud.

La información se organizó en cinco áreas: oportunidades de la digitalización, competencias profesionales, interoperabilidad, seguridad y privacidad, y riesgos asociados a la brecha digital.

RESULTADOS

1. Digitalización de los sistemas sanitarios

La transformación digital permite modificar numerosos procesos relacionados con la atención sanitaria y la gestión de los servicios.

Los sistemas de información pueden facilitar el acceso a datos relevantes y favorecer la coordinación entre diferentes profesionales y niveles asistenciales. La disponibilidad de información actualizada puede contribuir a una atención más integrada.

La OMS considera la salud digital una herramienta para apoyar sistemas sanitarios más eficientes, sostenibles y equitativos. [1]

No obstante, la mera incorporación de tecnología no garantiza una mejora automática. Los sistemas digitales deben responder a necesidades reales y estar adecuadamente integrados en los procesos de trabajo.

2. Historia clínica electrónica e interoperabilidad

La historia clínica electrónica constituye uno de los principales elementos de la transformación digital sanitaria. Permite almacenar y consultar información de manera electrónica y puede favorecer la continuidad de la atención.

Sin embargo, para que su potencial sea máximo, los diferentes sistemas deben poder intercambiar información de manera adecuada.

La interoperabilidad constituye, por tanto, un elemento esencial. La estrategia de salud digital de la OMS destaca la importancia de la interoperabilidad sintáctica y semántica para permitir el intercambio de información en sistemas conectados. [1]

La ausencia de interoperabilidad puede provocar duplicidades, pérdida de información o dificultades de acceso a datos relevantes.

3. Competencias digitales de los profesionales

La transformación digital requiere profesionales capaces de utilizar las herramientas disponibles de forma segura y eficiente.

Las competencias digitales incluyen aspectos relacionados con la búsqueda y gestión de información, utilización de sistemas de registro, comunicación digital, protección de datos y valoración crítica de la información disponible.

Además, el desarrollo de nuevas tecnologías hace necesario adquirir competencias para comprender las limitaciones y riesgos asociados a determinadas herramientas.

La formación debe adaptarse a la evolución tecnológica y contemplar tanto aspectos prácticos como principios relacionados con seguridad, privacidad y uso responsable de la información.

4. Protección de datos y seguridad de la información

La digitalización implica manejar grandes cantidades de información sensible. Por ello, la protección de los datos debe constituir una prioridad.

La estrategia de la OMS sobre salud digital destaca la necesidad de garantizar la confidencialidad, integridad y disponibilidad de la información, así como proteger a las personas frente al uso inadecuado de los datos y las amenazas digitales. [1]

La seguridad no depende únicamente de sistemas tecnológicos. También requiere que los profesionales conozcan y apliquen correctamente las medidas de seguridad establecidas.

El uso responsable de contraseñas, la gestión adecuada de accesos, la identificación de comunicaciones sospechosas y la protección de dispositivos forman parte de la seguridad digital cotidiana.

5. Telemedicina y nuevas modalidades de atención

La digitalización ha favorecido el desarrollo de modalidades de atención no presenciales. La telemedicina puede facilitar el acceso a determinados servicios y mejorar la comunicación cuando las condiciones clínicas y organizativas lo permiten.

Sin embargo, su utilización debe realizarse de manera adecuada y no debe sustituir indiscriminadamente la atención presencial cuando esta resulte necesaria.

La selección de la modalidad de atención debe considerar las necesidades de la persona, la naturaleza del problema sanitario y las posibilidades de seguimiento.

6. Inteligencia artificial y nuevas tecnologías

La incorporación progresiva de herramientas basadas en inteligencia artificial representa una nueva etapa de la transformación digital.

Estas tecnologías pueden utilizarse en diferentes ámbitos, como análisis de información, apoyo a procesos administrativos, investigación o asistencia a determinadas decisiones.

Sin embargo, su utilización plantea nuevos retos relacionados con la calidad de los datos, la transparencia, la privacidad, la supervisión profesional y la posible aparición de sesgos.

Por ello, la incorporación de estas herramientas debe realizarse de forma responsable, manteniendo la supervisión humana y evaluando previamente sus posibles riesgos y beneficios.

7. Brecha digital y equidad

La transformación digital también puede generar nuevas desigualdades. No todas las personas disponen de los mismos conocimientos, dispositivos, conexión a internet o capacidad para utilizar determinadas herramientas.

La OMS señala que el acceso equitativo a los recursos digitales y la alfabetización tecnológica son aspectos relevantes para evitar que nadie quede excluido de los beneficios de la transformación digital.

[1]

Por ello, la digitalización debe diseñarse desde una perspectiva inclusiva y mantener alternativas adecuadas cuando determinadas personas no puedan utilizar recursos digitales.

DISCUSIÓN

La transformación digital ofrece importantes oportunidades para mejorar la calidad y eficiencia de los sistemas sanitarios. Sin embargo, sus beneficios dependen de la forma en que las tecnologías se incorporen a las organizaciones.

La OMS señala que las estrategias de salud digital deben integrar recursos tecnológicos, organizativos, financieros y humanos. [3] Esto significa que la transformación digital no puede reducirse a adquirir nuevos programas o dispositivos.

La formación profesional representa uno de los principales factores de éxito. Los profesionales deben comprender no solo cómo utilizar una herramienta, sino también para qué sirve, cuáles son sus limitaciones y qué riesgos puede implicar.

La interoperabilidad constituye otro reto fundamental. La existencia de múltiples sistemas que no pueden intercambiar información de forma adecuada puede dificultar la continuidad asistencial y aumentar la carga administrativa.

La protección de la información adquiere asimismo una importancia creciente. La digitalización amplía las posibilidades de acceso y utilización de los datos, pero también aumenta la necesidad de establecer medidas de seguridad eficaces.

Por otro lado, la transformación digital debe mantener una perspectiva centrada en las personas. Una tecnología puede ser técnicamente avanzada y, sin embargo, no aportar valor si dificulta el acceso, aumenta la complejidad de los procesos o excluye a determinados grupos.

La extensión de la Estrategia Mundial sobre Salud Digital hasta 2027 refleja precisamente la importancia que continúa teniendo este proceso de transformación. La OMS señala como objetivos el fortalecimiento de sistemas de salud digitales, la interoperabilidad y el desarrollo de capacidades. [2]

Por tanto, el éxito de la digitalización dependerá de conseguir un equilibrio entre innovación, seguridad, eficiencia, formación profesional, protección de datos y equidad.

CONCLUSIONES

La transformación digital constituye un proceso transversal que afecta al conjunto de los profesionales y estructuras de las organizaciones sanitarias.

Las herramientas digitales pueden mejorar el acceso a la información, la coordinación, la continuidad y la eficiencia de los servicios cuando se integran adecuadamente en los procesos de trabajo.

La formación y el desarrollo de competencias digitales deben considerarse elementos fundamentales de cualquier estrategia de transformación sanitaria.

La interoperabilidad y la seguridad de la información son requisitos esenciales para garantizar un uso adecuado de los sistemas digitales.

La incorporación de nuevas tecnologías, incluida la inteligencia artificial, debe realizarse de forma responsable, evaluando sus beneficios y riesgos y manteniendo la supervisión profesional.

Finalmente, la transformación digital debe desarrollarse desde una perspectiva centrada en las personas, evitando que la digitalización genere nuevas barreras o desigualdades en el acceso a la atención sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2027. Geneva: WHO; 2025.

2. World Health Organization. The World Health Assembly endorses the extension of the Global Strategy on Digital Health to 2027 and approves the next phase for 2028–2033 [Internet]. Geneva: WHO; 2025.

3. World Health Organization. Global strategy on digital health 2020–2025. Geneva: WHO; 2021.

4. World Health Organization. Digital health [Internet]. Geneva: WHO; 2026 [citado 15 septiembre 2026].

5. World Health Organization. Global Initiative on Digital Health [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [citado 15 septiembre 2026].

6. World Health Organization. Quality of care [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 15 septiembre 2026].

MANEJO DEL PACIENTE CON PATOLOGÍA DUAL: ROL DE LA TCAE

Resumen

La patología dual describe la coexistencia de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno mental. Esta combinación suele complicar la atención porque reúne necesidades clínicas, conductuales y sociales que no siempre se resuelven bien cuando los dispositivos trabajan por separado. El objetivo de este trabajo es revisar la evidencia disponible sobre la atención integrada y concretar qué puede aportar el Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE) durante el cuidado cotidiano. Se realizó una revisión narrativa de literatura científica, documentos profesionales y normativa española. Los trabajos revisados señalan problemas frecuentes de estigma, falta de formación específica y fragmentación asistencial. En ese marco, el TCAE participa en los cuidados básicos, observa cambios en el estado general y en la conducta, mantiene un entorno seguro y comunica las incidencias al personal responsable. Su intervención se desarrolla dentro del plan de cuidados y no incluye diagnóstico, prescripción ni decisiones terapéuticas autónomas.

Palabras clave: patología dual; TCAE; salud mental; trastorno por consumo de sustancias; cuidados auxiliares

Introducción

La expresión patología dual se emplea para describir la presencia simultánea, en una misma persona, de un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico. No se trata de una asociación excepcional. Su relevancia clínica deriva de que ambos problemas pueden influirse entre sí y dificultar el seguimiento, la adherencia y el funcionamiento psicosocial. La literatura también describe una mayor utilización de recursos sanitarios y una evolución más compleja en parte de estos pacientes [1,2]. Cuando la atención a las adicciones y la atención en salud mental se organizan en circuitos separados, la persona puede recibir mensajes distintos, repetir valoraciones o perder continuidad entre dispositivos [2].

El trabajo del TCAE se sitúa en una zona distinta de la valoración diagnóstica. El Real Decreto 546/1995 lo integra en el equipo de enfermería para la prestación de cuidados auxiliares, bajo la dependencia o supervisión correspondiente [3]. La cualificación profesional de cuidados auxiliares sanitarios incluye la atención en centros de salud mental y toxicomanías, la observación del paciente, el apoyo

emocional y la comunicación de cambios al superior responsable [4]. Esta delimitación resulta especialmente útil en patología dual: el contacto frecuente con el paciente permite detectar variaciones que pueden pasar inadvertidas en una entrevista puntual, pero esas observaciones deben transmitirse sin convertirlas en diagnósticos ni en decisiones terapéuticas.

Metodología

Se realizó una revisión narrativa centrada en la atención de personas con trastornos mentales y consumo de sustancias concurrentes. Se consultaron PubMed/PMC y documentos profesionales mediante combinaciones de los términos “dual diagnosis”, “cooccurring mental health and substance use disorders”, “integrated nursing care”, “stigma”, “nursing education” y “patología dual”. Se priorizaron revisiones, estudios de intervención y publicaciones aparecidas entre 2016 y 2026. También se incluyeron trabajos anteriores cuando aportaban una definición todavía utilizada y la normativa española necesaria para delimitar las funciones del TCAE. La revisión se orientó a cuestiones trasladables al cuidado auxiliar. No se planteó como revisión sistemática ni como guía de tratamiento.

Resultados

La evidencia revisada favorece una atención coordinada entre salud mental y adicciones. Hove et al. analizaron 26 publicaciones sobre cuidados de enfermería integrados e identificaron tres áreas que condicionan su calidad: las actitudes y características de los profesionales, la formación específica y la organización de los servicios [5]. El estigma y una preparación insuficiente aparecen entre las barreras señaladas. Esto tiene una traducción práctica sencilla: el modo de dirigirse al paciente, la coherencia entre profesionales y la rapidez con la que se comunica un cambio forman parte de la calidad asistencial, aunque por sí solos no constituyan un tratamiento del trastorno.

Chetty et al. revisaron 11 ensayos controlados que comparaban intervenciones integradas y no integradas. Encontraron ventajas en algunos resultados psiquiátricos, pero no una superioridad uniforme en consumo de sustancias o permanencia en tratamiento [6]. Por tanto, la evidencia disponible no permite presentar un único modelo como solución universal. Sí apoya que ambos problemas se atiendan de manera coherente y que el equipo comparta información relevante. En esa misma línea, Jenkins et al. observaron que una intervención educativa dirigida a enfermeras y estudiantes mejoraba conocimientos y actitudes hacia los trastornos concurrentes [7]. La formación no sustituye a la experiencia clínica, pero reduce respuestas basadas en prejuicios o en interpretaciones poco precisas.

En el trabajo diario, el TCAE puede colaborar en higiene, alimentación, descanso, movilización y confort, además de observar cambios en conducta,

nivel de conciencia, sueño, ingesta o autocuidado [3,4]. También puede advertir modificaciones en la relación con el entorno, rechazo de cuidados, aislamiento o agitación. La utilidad de esas observaciones depende de que se comuniquen con hechos concretos: qué ha cambiado, cuándo, con qué intensidad y en qué contexto. Si aparecen signos compatibles con intoxicación, abstinencia, agitación grave o riesgo autolesivo, la actuación auxiliar consiste en pedir ayuda, reducir riesgos inmediatos en el entorno y colaborar con las medidas que indique el equipo. La normativa contempla además el apoyo emocional, el refuerzo de conductas adecuadas y la colaboración en actividades de socialización dentro del plan establecido [4].

Discusión

La proximidad del TCAE al paciente puede aportar información clínica indirecta de interés. Durante el aseo, las comidas o los periodos de descanso es posible observar conductas que no aparecen en una consulta breve. Un paciente que deja de comer, duerme muy poco, abandona el autocuidado o se muestra súbitamente más retraído no ofrece por ello un diagnóstico, pero sí un cambio que merece ser comunicado. La diferencia entre observar e interpretar es importante. Expresiones como “ha rechazado las dos últimas comidas y permanece aislado desde esta mañana” son más útiles que etiquetas como “está deprimido” o “está en abstinencia” cuando esas conclusiones no corresponden al ámbito competencial del TCAE.

El trato también forma parte del cuidado. Las personas con patología dual pueden haber tenido experiencias previas de rechazo o estigmatización. Hove et al. relacionan las actitudes profesionales y el estigma con la calidad de la atención [5]. Para el TCAE esto implica usar un lenguaje neutral, escuchar sin confrontaciones innecesarias y mantener las mismas normas de respeto que con cualquier otro paciente. La conducta problemática debe describirse sin identificar a la persona con ella. Esta forma de comunicación facilita además que el resto del equipo reciba información menos sesgada.

No puede atribuirse al TCAE un efecto independiente sobre las recaídas, el consumo o la evolución psiquiátrica. La revisión de Chetty et al. muestra que incluso las intervenciones integradas ofrecen resultados variables [6]. El valor del cuidado auxiliar está en otra parte: continuidad, observación, seguridad y comunicación. La revisión española de Neyra et al., centrada en esquizofrenia y trastorno por consumo de sustancias, insiste en evitar circuitos fragmentados y en abordar de manera conjunta las necesidades clínicas, físicas y sociales [2]. En un entorno de este tipo, el TCAE necesita conocer el plan de cuidados, las pautas de observación y el procedimiento para escalar incidencias. También debe respetar la confidencialidad y evitar consejos sobre retirada de sustancias, cambios de medicación o decisiones que requieran valoración profesional específica.

Conclusiones

La atención a la patología dual requiere coordinación entre profesionales y continuidad entre dispositivos. El TCAE participa desde un ámbito concreto: cuidados básicos, observación, apoyo emocional, seguridad del entorno y comunicación de cambios. Estas tareas son relevantes precisamente porque se repiten a lo largo del día y permiten conocer cómo evoluciona el paciente fuera de los momentos formales de valoración. Para que esa aportación sea segura, las observaciones deben ser descriptivas, la comunicación rápida y el trabajo ajustado al plan de cuidados. La formación en salud mental, adicciones, comunicación y situaciones de crisis mejora la capacidad del equipo para responder de forma coherente [5-7]. El diagnóstico, la indicación farmacológica y las decisiones terapéuticas continúan fuera del ámbito autónomo del TCAE.

Bibliografía

1. Torrens M. Patología dual: situación actual y retos de futuro. Adicciones. 2008;20(4):315-320. doi:10.20882/adicciones.255.

2. Neyra A, Parro-Torres C, Ros-Cucurull E, Carrera I, Echarri E, Torrens M. Management of schizophrenia and comorbid substance use disorders: expert review and guidance. Ann Gen Psychiatry. 2024;23:40. doi:10.1186/s12991-024-00529-7.

3. España. Real Decreto 546/1995, de 7 de abril, por el que se establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas. BOE núm. 133, 5 junio 1995.

4. España. Real Decreto 1790/2011, de 16 de diciembre, por el que se complementa el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales mediante dos cualificaciones de la familia profesional Sanidad. BOE núm. 16, 19 enero 2012.

5. Hove E, Hazelton MJ, Santangelo P, Wilson RL. Integrated nursing care for people with combined mental health and substance use disorders. Int J Ment Health Nurs. 2023;32(2):378-401. doi:10.1111/inm.13094.

6. Chetty A, Guse T, Malema M. Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: a systematic review. Health SA Gesondheid. 2023;28:a2094. doi:10.4102/hsag.v28i0.2094.

7. Jenkins E, Currie LM, Hirani S, et al. Enhancing nurses' capacity to provide concurrent mental health and substance use disorder care: a quasi-experimental intervention study. Nurse Educ Today. 2022;117:105483. doi:10.1016/j.nedt.2022.105483.

PROTECCIÓN DE DATOS PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: LA CONFIDENCIALIDAD ES RESPONSABILIDAD DE TODOS

La protección de datos personales forma parte del trabajo diario de cualquier centro sanitario, sociosanitario o asistencial. No afecta únicamente a médicos, enfermeras o profesionales que escriben en la historia clínica. También implica al personal administrativo que gestiona citas, al personal celador que traslada documentación, a TCAE, técnicos, limpieza, mantenimiento, informática, cocina, atención al usuario, seguridad y, en general, a cualquier trabajador que pueda conocer directa o indirectamente información de una persona atendida.

Los datos relativos a la salud cuentan con una protección reforzada. El Reglamento General de Protección de Datos los incluye entre las categorías especiales de datos personales. Esto significa que su tratamiento exige una justificación legítima, unas finalidades determinadas y medidas adecuadas de seguridad. En España, esta protección se completa con la Ley Orgánica 3/2018 y con la Ley 41/2002, que regula, entre otros aspectos, la información y documentación clínica y el deber de confidencialidad.

La idea fundamental es sencilla: trabajar en un centro sanitario no da derecho a conocer todos los datos disponibles. El acceso debe limitarse a la información necesaria para realizar las funciones profesionales asignadas. La Agencia Española de Protección de Datos recuerda que el hecho de ser profesional sanitario no autoriza por sí solo a consultar la historia de cualquier paciente. Debe existir una razón relacionada con la asistencia, la gestión sanitaria o las funciones concretas que correspondan al puesto.

- **Confidencialidad más allá de la historia clínica**

Cuando se habla de protección de datos solemos pensar en la historia clínica electrónica, pero la información confidencial aparece en muchos otros lugares. Una hoja de citas, un listado de pacientes, una pulsera identificativa, una etiqueta de laboratorio, una pantalla de ordenador, una llamada telefónica, un informe impreso o una conversación en un pasillo pueden contener información personal.

También son datos protegidos el nombre y apellidos, el domicilio, el teléfono, el número de historia, determinados datos laborales o familiares y cualquier información que permita identificar directa o indirectamente a una persona. Si además esa información revela un diagnóstico, tratamiento, discapacidad, prueba médica o cualquier circunstancia relacionada con la salud, la sensibilidad es todavía mayor.

Por ello, la confidencialidad no depende únicamente de sistemas informáticos complejos. Muchas brechas de privacidad se producen por hábitos aparentemente cotidianos: dejar documentos a la vista, comentar casos en

lugares donde pueden ser escuchados, enviar información a un destinatario equivocado, compartir una contraseña, abandonar una sesión informática abierta o utilizar aplicaciones personales para comunicar datos asistenciales sin autorización.

- **El principio de necesidad**

Una de las reglas más útiles para cualquier trabajador es preguntarse: "¿Necesito realmente este dato para hacer mi trabajo?". Si la respuesta es no, lo adecuado es no acceder, no preguntar, no copiar y no difundir.

La Ley 41/2002 establece que el personal de administración y gestión solo puede acceder a los datos de la historia clínica relacionados con sus propias funciones. De igual modo, el personal asistencial debe consultar la información necesaria para prestar una atención adecuada. El acceso no puede justificarse por curiosidad, amistad, parentesco, interés personal o porque la persona atendida sea conocida públicamente.

Este criterio también resulta aplicable cuando un compañero pregunta por un paciente. La relación laboral entre profesionales no elimina el deber de confidencialidad. Antes de facilitar información conviene comprobar que quien la solicita está legitimado para conocerla y que la información que se transmite es la estrictamente necesaria.

- **Pantallas, contraseñas y documentos**

La seguridad cotidiana comienza por medidas sencillas. Las credenciales de acceso son personales y no deben compartirse. Una contraseña prestada dificulta conocer quién ha accedido a una historia o realizado una determinada actuación. Cuando el trabajador se aleja del puesto, incluso por poco tiempo, debe bloquear la pantalla si existe riesgo de acceso por terceros.

Los documentos impresos también exigen cuidado. No deberían permanecer olvidados en impresoras, mostradores, carros o zonas comunes. Cuando dejan de ser necesarios deben eliminarse mediante los procedimientos de destrucción confidencial establecidos por el centro y no depositarse en papeleras convencionales si contienen datos personales.

En los puestos de atención al público, la colocación de pantallas y documentos debe evitar que otras personas puedan leer información ajena. Llamar a un paciente o comprobar su identidad tampoco exige divulgar más información de la necesaria. La discreción forma parte de la calidad asistencial.

- **Correo electrónico, teléfono y mensajería**

Las nuevas herramientas de comunicación agilizan el trabajo, pero también multiplican los riesgos. Antes de enviar un correo con información personal es imprescindible revisar los destinatarios y utilizar los sistemas corporativos

autorizados. Un error en una dirección puede convertir un procedimiento rutinario en una brecha de seguridad.

El teléfono requiere la misma prudencia. No siempre es posible saber quién está al otro lado de la línea. Cuando se facilite información personal deben seguirse los procedimientos de identificación previstos por la organización. La buena intención no sustituye a la verificación de identidad.

La utilización de aplicaciones de mensajería personal, fotografías tomadas con dispositivos privados o nubes no autorizadas puede generar riesgos importantes. Incluso cuando la finalidad sea facilitar el trabajo, el tratamiento de datos sanitarios debe realizarse mediante los canales aprobados por el responsable de la información.

- **Conversaciones y espacios compartidos**

La confidencialidad también se vulnera hablando. Ascensores, cafeterías, pasillos, vestuarios, transporte público o redes sociales no son lugares adecuados para comentar situaciones clínicas o personales identificables. A veces no se menciona el nombre del paciente, pero la suma de otros datos puede permitir identificarlo.

Un caso especialmente sensible son las redes sociales. La publicación de fotografías, comentarios o anécdotas laborales puede revelar información aunque la persona no aparezca directamente. Una habitación, una fecha, una circunstancia clínica poco frecuente o una referencia geográfica pueden hacer identificable al paciente.

- **Qué hacer ante un error**

La cultura de protección de datos no debe basarse en esconder los fallos. Si se envía un documento a un destinatario equivocado, se pierde documentación, se detecta un acceso indebido o se produce cualquier incidente que pueda afectar a la confidencialidad, debe comunicarse de inmediato por los canales internos establecidos.

La rapidez es importante porque permite adoptar medidas para reducir las consecuencias: retirar un envío cuando sea posible, cambiar credenciales, recuperar documentación, limitar accesos o valorar si procede realizar otras actuaciones. Ocultar un incidente puede aumentar el riesgo.

- **Una responsabilidad compartida**

La protección de datos no consiste en memorizar artículos legales, sino en incorporar la confidencialidad a la rutina de trabajo. El objetivo no es impedir que la información circule, sino conseguir que llegue a quien la necesita, en el momento adecuado y con garantías.

Todo profesional, sanitario o no sanitario, puede contribuir a proteger la intimidad de las personas atendidas. Cerrar una sesión, bajar la voz, comprobar un destinatario, custodiar un documento o negarse a consultar información sin justificación son pequeñas decisiones que sostienen un derecho fundamental.

La confianza es una parte esencial de la relación entre la ciudadanía y los servicios sanitarios. Quien acude a un centro entrega información especialmente íntima porque necesita asistencia. Preservarla no es solo una obligación jurídica: es una forma de respeto profesional, de seguridad y de calidad en la atención.

- **Bibliografía**

Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, Reglamento General de Protección de Datos.

Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Agencia Española de Protección de Datos. Documentación y preguntas frecuentes relativas al tratamiento de datos personales en el ámbito sanitario.

Ministerio de Sanidad. Documentación sobre derechos de los pacientes, información sanitaria y seguridad de la información.

Los centros sanitarios y sociosanitarios reúnen una gran variedad de profesiones y, con ellas, una amplia diversidad de riesgos laborales. Junto a médicos, enfermeras y TCAE trabajan celadores, personal administrativo, limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería, técnicos, personal de seguridad, conductores y otros colectivos. Todos forman parte del funcionamiento del servicio y todos tienen derecho a una protección eficaz de su seguridad y salud.

La Ley 31/1995 de Prevención de Riesgos Laborales establece el marco general de protección de las personas trabajadoras. Uno de sus principios básicos es que la prevención debe integrarse en la actividad de la organización y no limitarse a actuar después de que ocurra un accidente. Evaluar riesgos, planificar medidas, informar, formar y vigilar la salud en los términos legalmente previstos forman parte de una prevención real.

- **Riesgos diferentes, prevención común**

En un mismo centro pueden coexistir riesgos biológicos, químicos, físicos, ergonómicos, psicosociales y de seguridad. Un trabajador puede estar expuesto a varios a la vez. Por ejemplo, durante una movilización de un paciente pueden coincidir esfuerzo físico, riesgo de caída, exposición a fluidos y presión asistencial.

La evaluación de riesgos debe tener en cuenta el puesto real y las tareas efectivamente realizadas. No basta con utilizar una descripción genérica si el trabajo cotidiano incluye funciones, equipos, espacios o circunstancias distintas. Cuando cambian las condiciones, aparecen nuevos equipos o se modifican los procedimientos, puede ser necesario revisar la evaluación.

- **Riesgo biológico**

El contacto con sangre, secreciones, fluidos, muestras y superficies potencialmente contaminadas convierte el riesgo biológico en uno de los más conocidos del sector. Sin embargo, no afecta únicamente al personal que realiza técnicas invasivas. Limpieza, lavandería, residuos, mantenimiento o transporte interno también pueden estar expuestos.

El Real Decreto 664/1997 regula la protección frente a agentes biológicos en el trabajo. La prevención se basa en evaluar la exposición y adoptar medidas para evitarla o reducirla. Entre ellas se encuentran los procedimientos seguros, la higiene, los equipos de protección cuando son necesarios, la vacunación en los supuestos indicados, la gestión adecuada de residuos y la actuación inmediata ante exposiciones accidentales.

Una punción, un corte o una salpicadura relevante debe comunicarse siguiendo el protocolo. Restar importancia al accidente puede retrasar la valoración y las medidas posteriores.

- **Riesgos ergonómicos y movilización**

Las lesiones musculoesqueléticas son un problema frecuente en numerosos puestos. Movilizar pacientes, empujar camas, trasladar cargas, trabajar de pie durante horas o mantener posturas forzadas puede sobrecargar espalda, hombros, cuello y extremidades.

La prevención no puede reducirse a decir al trabajador que “tenga cuidado” o que levante correctamente una carga. Debe priorizarse la eliminación o reducción del esfuerzo mediante ayudas técnicas, equipos adecuados, organización suficiente y espacios que permitan trabajar con seguridad.

Las grúas de movilización, camas regulables, carros correctamente mantenidos y ayudas deslizantes son ejemplos de medidas que pueden reducir la carga física. Pero disponer de equipos no es suficiente: deben estar accesibles, funcionar correctamente y existir formación para utilizarlos.

- **Caídas, golpes y accidentes**

Suelos mojados, cables, obstáculos en pasillos, iluminación insuficiente, calzado inadecuado o almacenamiento incorrecto pueden provocar caídas y golpes. Muchos accidentes aparentemente simples tienen causas organizativas evitables.

La señalización temporal de una zona húmeda, el mantenimiento preventivo, el orden y limpieza, la retirada de obstáculos y la reparación rápida de desperfectos son medidas básicas. Los trabajadores deben comunicar las deficiencias, pero la organización debe disponer de procedimientos eficaces para corregirlas.

- **Riesgos químicos**

Productos de limpieza y desinfección, medicamentos peligrosos, reactivos de laboratorio, gases y otras sustancias pueden generar exposición química. La prevención exige conocer qué producto se utiliza, cuáles son sus riesgos y qué medidas requiere.

Los productos deben conservarse etiquetados y no trasvasarse a recipientes que puedan generar confusión. Las fichas de datos de seguridad y las instrucciones internas son herramientas importantes. Mezclar sustancias sin autorización puede producir reacciones peligrosas, vapores tóxicos o pérdida de eficacia.

La ventilación, los sistemas cerrados, la sustitución por productos menos peligrosos y los equipos de protección son medidas que deben valorarse según el riesgo.

- **Riesgos psicosociales**

La prevención también incluye factores relacionados con la organización del trabajo. Sobrecarga, falta de personal, turnicidad, trabajo nocturno, presión temporal, conflictos, violencia externa o falta de apoyo pueden afectar a la salud.

Los riesgos psicosociales no deben tratarse únicamente como problemas individuales de adaptación. La evaluación debe analizar condiciones organizativas y proponer medidas colectivas. Mejorar la planificación, clarificar funciones, reforzar plantillas cuando sea necesario, reducir interrupciones evitables y establecer protocolos frente a agresiones son ejemplos de actuaciones organizativas.

- **Agresiones y violencia**

El personal sanitario y no sanitario que trabaja de cara al público puede sufrir insultos, amenazas o agresiones. La prevención exige evaluar el riesgo, diseñar espacios seguros, establecer sistemas de aviso, formar al personal y disponer de protocolos claros.

Tras un incidente, el trabajador debe recibir apoyo y conocer los mecanismos de comunicación, asistencia y registro. Normalizar la violencia como “parte del trabajo” impide prevenirla.

- **Formación útil y específica**

La formación preventiva debe estar relacionada con los riesgos reales del puesto. No debería convertirse en un trámite documental. Saber cómo actuar ante una salpicadura biológica, utilizar una grúa, manejar un producto químico o responder ante una agresión requiere conocimientos prácticos.

Además, la formación debe actualizarse cuando cambian las tareas, los equipos o los riesgos. La incorporación de personal temporal también exige garantizar que quienes llegan a un puesto reciben la información necesaria desde el inicio.

- **Participación de los trabajadores**

La prevención funciona mejor cuando quienes realizan las tareas pueden participar. Los trabajadores conocen problemas que no siempre aparecen en procedimientos escritos: un carro que se bloquea, un espacio demasiado estrecho, una ruta insegura, una carga difícil de manipular o una tarea que obliga a adoptar posturas forzadas.

Los delegados de prevención y los comités de seguridad y salud constituyen vías de participación previstas en la normativa. La comunicación de riesgos y propuestas puede ayudar a detectar problemas antes de que produzcan accidentes.

- **Prevenir no es culpar**

Cuando ocurre un accidente, centrar el análisis únicamente en la conducta de la persona puede ocultar las verdaderas causas. La pregunta útil no es solo qué hizo el trabajador, sino qué condiciones permitieron que el accidente ocurriera: falta de medios, equipo defectuoso, formación insuficiente, presión de tiempo, procedimiento inadecuado o diseño deficiente.

La prevención eficaz busca barreras colectivas y organizativas. Los equipos de protección individual son importantes, pero suelen ser la última línea de defensa y no deben sustituir medidas técnicas u organizativas cuando estas son posibles.

Cuidar la seguridad laboral es también cuidar la calidad del servicio. Un centro que protege a sus trabajadores reduce accidentes, bajas, errores y pérdida de experiencia. La prevención no es un añadido al trabajo sanitario: forma parte de hacerlo bien.

- **Bibliografía**

Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.

Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.

Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección frente a los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación técnica sobre riesgos laborales en el sector sanitario y sociosanitario.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Edición 2024.

PREVENCIÓN DE AGRESIONES Y VIOLENCIA EN CENTROS SANITARIOS: SEGURIDAD PARA TODO EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO

- Los centros sanitarios son espacios en los que diariamente confluyen enfermedad, dolor, incertidumbre, esperas, preocupación y situaciones emocionalmente complejas. La mayoría de las relaciones entre usuarios y profesionales se desarrollan con absoluta normalidad, pero también pueden producirse episodios de insultos, amenazas, intimidación, acoso o agresión física.

Estas situaciones constituyen un riesgo laboral y no afectan únicamente al personal médico o de enfermería.

Quien atiende un mostrador, responde a un teléfono, controla un acceso, traslada a un paciente, limpia una habitación, entrega una cita, realiza una reparación o trabaja en urgencias puede encontrarse ante situaciones conflictivas. Por ello, cualquier estrategia preventiva debe incluir tanto al personal sanitario como al no sanitario.

La Organización Mundial de la Salud reconoce la violencia y el acoso como riesgos laborales presentes en los entornos sanitarios y señala que pueden afectar a todos los grupos profesionales. Entre sus recomendaciones se encuentran identificar las situaciones de riesgo, mejorar la organización del trabajo, reducir tiempos de espera cuando sea posible, evitar que determinadas personas trabajen solas y facilitar información adecuada a usuarios y familiares.

- La violencia no es solo una agresión física

Un error frecuente es considerar que existe agresión únicamente cuando alguien golpea físicamente a un trabajador.

La violencia laboral puede adoptar diferentes formas: insultos, amenazas, gritos, intimidación, gestos agresivos, acoso, daño a objetos, intentos de agresión y agresiones físicas.

Todas estas conductas merecen atención preventiva.

Normalizar los insultos porque “trabajamos de cara al público” o asumir que determinadas amenazas “forman parte del puesto” puede favorecer que los problemas no se comuniquen y que la organización desconozca la verdadera dimensión del riesgo.

Trabajar en atención al público no significa renunciar a la protección frente a la violencia.

- ¿Por qué pueden producirse situaciones conflictivas?

Las causas son muy variadas y no existe una explicación única.

Algunas situaciones pueden estar relacionadas con estados de ansiedad, dolor, miedo o alteraciones de conducta. En otras ocasiones, la frustración por una espera, una cita, una información administrativa, una restricción de acceso o una decisión con la que el usuario no está de acuerdo puede desencadenar una reacción inadecuada.

También existen factores relacionados con la organización que pueden aumentar el riesgo: esperas prolongadas, falta de información, espacios saturados, trabajo en solitario, ausencia de vías de escape, iluminación insuficiente o dificultad para solicitar ayuda rápidamente.

Identificar estos factores no significa justificar una agresión. Significa conocer las circunstancias en las que existe mayor probabilidad de conflicto para poder prevenirlo.

- Todo el personal puede estar expuesto

En ocasiones, las políticas frente a agresiones se centran en determinados profesionales asistenciales. Sin embargo, otros puestos pueden encontrarse incluso en la primera línea de contacto.

El personal administrativo y de admisión suele comunicar citas, requisitos, tiempos de espera o decisiones que pueden generar frustración.

Los celadores realizan traslados y mantienen contacto continuo con pacientes y acompañantes.

El personal de seguridad interviene precisamente cuando ya existe una situación potencialmente conflictiva.

Limpieza, mantenimiento y servicios generales desarrollan su trabajo en habitaciones y espacios en los que pueden encontrarse con usuarios alterados.

Los profesionales sanitarios, por su parte, pueden tener que comunicar diagnósticos, limitaciones, tiempos de espera, decisiones terapéuticas o normas asistenciales.

Por tanto, la evaluación del riesgo debe abarcar el conjunto de puestos potencialmente expuestos.

- Detectar señales de escalada

Muchas situaciones violentas no aparecen de forma repentina. Pueden existir señales previas: aumento progresivo del tono de voz, lenguaje amenazante, gestos bruscos, invasión del espacio personal, golpes a objetos o una agitación creciente.

Detectar estos signos permite actuar antes.

Cuando una conversación comienza a escalar, puede ser conveniente mantener un tono calmado, utilizar mensajes claros y evitar entrar en una confrontación personal. Escuchar no significa aceptar amenazas o insultos, pero puede facilitar que la situación no siga aumentando de intensidad.

También debe mantenerse una distancia que permita reaccionar y evitar quedar encerrado en espacios sin salida.

Cuando el riesgo aumenta, la prioridad es la seguridad, no ganar una discusión.

- El espacio de trabajo puede prevenir agresiones

La prevención comienza en el diseño de los lugares de atención.

Los puestos con mayor riesgo deben analizarse para determinar si existen sistemas de alarma, facilidad para solicitar ayuda, mobiliario adecuado, buena visibilidad y rutas de salida.

En determinados espacios puede ser conveniente evitar que el trabajador quede físicamente atrapado entre la persona alterada y una pared.

Los sistemas de aviso deben ser conocidos y accesibles. Instalar un pulsador de alarma sirve de poco si quienes trabajan en la zona no saben dónde está, cómo funciona o quién responde cuando se activa.

La prevención debe probarse en la práctica.

- Evitar el trabajo en solitario cuando existe riesgo

Hay actividades y horarios en los que el número de trabajadores disminuye. Las noches, determinados puntos periféricos o espacios aislados pueden aumentar la vulnerabilidad.

Cuando la evaluación identifica riesgo de violencia, deben estudiarse medidas para limitar el trabajo en solitario o proporcionar sistemas eficaces de comunicación y apoyo.

La OMS incluye precisamente entre las medidas preventivas la reducción del trabajo aislado en aquellos contextos donde exista riesgo.

La respuesta no debería depender de que otro compañero escuche casualmente una petición de ayuda.

- Información clara y adecuada

Una parte importante de la prevención está relacionada con la comunicación.

No poder resolver una demanda no siempre depende del trabajador que atiende al usuario. Sin embargo, explicar claramente el procedimiento, los motivos conocidos y las alternativas disponibles puede reducir malentendidos.

También es útil que las normas de funcionamiento estén visibles: horarios, acompañantes permitidos, circuitos, documentación necesaria o procedimientos de reclamación.

La información debe ser coherente. Recibir respuestas contradictorias de distintos servicios puede aumentar la frustración.

Esto convierte la comunicación interna en una herramienta preventiva.

- Formación frente a situaciones conflictivas

La formación debe ser práctica y adaptada al puesto.

No todas las personas necesitan el mismo nivel de capacitación, pero quienes están expuestos deberían saber reconocer señales de riesgo, comunicarse en

situaciones difíciles, utilizar sistemas de alarma, solicitar ayuda y actuar tras un incidente.

La formación tampoco puede convertirse en una transferencia de responsabilidad al trabajador.

No sería razonable impartir un curso sobre manejo de conflictos y considerar resuelto el problema si existen deficiencias graves en seguridad, falta de personal o puestos físicamente inseguros.

La formación es una medida preventiva más, no la única.

- ¿Qué hacer después de una agresión?

Una agresión no termina cuando la persona abandona el centro.

El trabajador afectado puede necesitar asistencia sanitaria, apoyo psicológico, información jurídica y acompañamiento por parte de la organización.

Además, el incidente debe notificarse conforme a los procedimientos establecidos.

Registrar las agresiones permite conocer dónde, cuándo y cómo se producen y adoptar medidas correctoras. Si los incidentes no se comunican, la organización puede interpretar erróneamente que no existe un problema.

También es necesario analizar los hechos sin culpabilizar a quien los ha sufrido.

La pregunta principal debe ser qué ocurrió, qué factores estuvieron presentes y qué podemos modificar para reducir la posibilidad de que vuelva a suceder.

- El impacto psicológico

No todas las consecuencias son visibles.

Después de una amenaza o agresión pueden aparecer miedo, ansiedad, alteraciones del sueño, sensación de inseguridad o preocupación al regresar al mismo puesto.

Dos personas pueden reaccionar de forma diferente ante un incidente similar. Esa diferencia no resta importancia a ninguna de ellas.

El apoyo posterior es fundamental y forma parte de una respuesta preventiva adecuada.

- Prevención colectiva

La Ley de Prevención de Riesgos Laborales establece el derecho de los trabajadores a una protección eficaz en materia de seguridad y salud. La violencia externa debe abordarse desde esta perspectiva preventiva, evaluando el riesgo y adoptando medidas adecuadas.

La solución no puede ser simplemente pedir al trabajador que mantenga la calma o que tenga cuidado.

Es necesario analizar la organización, los medios disponibles, los sistemas de alarma, la dotación de personal, los espacios, la información proporcionada a los usuarios y los antecedentes de incidentes.

Los trabajadores y sus representantes también pueden aportar información imprescindible. Quienes están diariamente en un servicio suelen saber dónde se producen las situaciones más conflictivas y qué problemas se repiten.

- Una cultura de tolerancia cero frente a la violencia

Prevenir las agresiones no significa convertir los centros sanitarios en espacios hostiles ni generar desconfianza hacia usuarios y familiares.

Significa reconocer que la violencia laboral existe y que ninguna profesión tiene por qué asumirla como algo normal.

El objetivo debe ser compatible con una atención cercana y respetuosa: proteger a quienes trabajan y garantizar al mismo tiempo una asistencia de calidad.

Sanitarios y no sanitarios forman parte de la misma organización y deben disponer de la misma cultura preventiva.

Porque un insulto no forma parte del sueldo, una amenaza no es una obligación profesional y una agresión nunca debe considerarse una consecuencia inevitable de trabajar atendiendo a otras personas.

Prevenir, comunicar, registrar y aprender de cada incidente es responsabilidad de toda la organización.

- Bibliografía

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). *Violence and harassment. Occupational hazards in the health sector*.
- Organización Mundial de la Salud. *Preventing violence against health workers*.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Consejo Internacional de Enfermeras y Public Services International. *Framework Guidelines for Addressing Workplace Violence in the Health Sector*.

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). Documentación sobre riesgos psicosociales, violencia laboral y prevención de riesgos laborales.

INFECCIONES NOSOCOMIALES EN EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: PREVENIR ES UNA TAREA DE TODO EL CENTRO

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria, conocidas como IRAS, son aquellas que pueden aparecer en relación con la atención recibida y que no estaban presentes ni incubándose necesariamente en el momento inicial de esa atención. Durante años se utilizó de forma habitual el término “infección nosocomial”, pero el concepto actual es más amplio porque la asistencia sanitaria no se limita al hospital. Puede prestarse en centros de salud, residencias, centros sociosanitarios, unidades de día, consultas, domicilios y otros dispositivos.

La prevención de estas infecciones no depende únicamente del personal médico o de enfermería. En la cadena de transmisión intervienen las manos, las superficies, los equipos, la ropa, los residuos, los circuitos de pacientes, la ventilación, la limpieza, el transporte interno y numerosos procesos organizativos. Por eso, la prevención debe entenderse como una responsabilidad compartida por personal sanitario y no sanitario.

- **La cadena de transmisión**

Para que una infección se transmita suelen intervenir varios elementos: un microorganismo, una fuente o reservorio, una vía de salida, un mecanismo de transmisión, una puerta de entrada y una persona susceptible. Las medidas preventivas buscan romper uno o varios eslabones de esa cadena.

En un centro asistencial, los microorganismos pueden encontrarse en pacientes, trabajadores, superficies, equipos, objetos y materiales. Pueden transmitirse por contacto directo, por contacto indirecto a través de objetos contaminados, por gotas respiratorias o, en determinados casos, por aerosoles. También existen riesgos asociados a sangre y otros fluidos biológicos.

Comprender este mecanismo ayuda a evitar dos errores frecuentes. El primero es pensar que solo existe riesgo cuando vemos suciedad. Una superficie aparentemente limpia puede estar contaminada. El segundo es creer que el uso de guantes elimina la necesidad de higiene de manos. Los guantes son una barrera para situaciones concretas, pero no sustituyen la limpieza de las manos.

- **Higiene de manos: una medida esencial**

La Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Sanidad consideran la higiene de manos una de las medidas esenciales para reducir la transmisión de microorganismos en la asistencia sanitaria. Su importancia es transversal: afecta a quien explora a un paciente, pero también a quien ayuda a movilizarlo, entrega material, limpia una habitación, traslada una camilla o manipula objetos del entorno asistencial.

La higiene debe realizarse en los momentos indicados y mediante la técnica adecuada. La solución hidroalcohólica es útil en numerosas situaciones cuando las manos no están visiblemente sucias y el protocolo del centro así lo establece. El lavado con agua y jabón es necesario en otros supuestos, por ejemplo cuando existe suciedad visible o según las indicaciones específicas de prevención y control de infecciones.

El cuidado de la piel también es relevante. Las lesiones cutáneas pueden dificultar una higiene correcta y favorecer problemas laborales. Los centros deben facilitar productos adecuados y formación suficiente, y los trabajadores deben comunicar aquellas situaciones que puedan requerir valoración preventiva.

- **Guantes, mascarillas y equipos de protección**

Los equipos de protección individual deben utilizarse de acuerdo con el riesgo de la tarea. No todos los procedimientos necesitan las mismas medidas y utilizar protección de manera indiscriminada no mejora necesariamente la seguridad. Lo importante es elegir el equipo adecuado, colocarlo correctamente, retirarlo sin contaminarse y desecharlo o procesarlo según corresponda.

Los guantes deben cambiarse entre tareas cuando exista riesgo de transmisión y nunca deben utilizarse como sustituto de la higiene de manos. Además, tocar teléfonos, teclados, pomos o material limpio con guantes contaminados puede extender microorganismos por el entorno.

La protección respiratoria también debe adaptarse al mecanismo de transmisión y a la evaluación del riesgo. Las medidas pueden variar según el microorganismo, el tipo de procedimiento y las recomendaciones vigentes. De ahí la importancia de seguir los protocolos del centro y la información facilitada por los servicios de prevención y los equipos de control de infecciones.

- **Limpieza y desinfección del entorno**

La limpieza profesional constituye una barrera esencial frente a las infecciones. La OMS señala que quienes realizan la limpieza de los centros sanitarios forman parte de la primera línea de defensa frente a las infecciones asociadas a la asistencia.

No todas las superficies presentan el mismo riesgo. Las zonas de contacto frecuente, como barandillas, pomos, interruptores, mesillas, teclados, mandos o superficies próximas al paciente, requieren especial atención. El procedimiento debe respetar los productos, concentraciones, tiempos de contacto y secuencias establecidos.

Una desinfección deficiente puede resultar ineficaz, pero un uso incorrecto o excesivo de productos químicos también puede generar riesgos laborales. Por ello, la prevención de infecciones y la prevención de riesgos laborales deben coordinarse.

- **Ropa, residuos y material**

La ropa utilizada en la asistencia debe manipularse evitando sacudidas innecesarias y siguiendo los circuitos establecidos para ropa limpia y sucia. Mezclar ambos circuitos aumenta el riesgo de contaminación cruzada.

Los residuos deben segregarse según las normas y procedimientos aplicables. Los objetos cortantes o punzantes requieren especial cuidado y deben depositarse inmediatamente en los contenedores diseñados para ello. Nunca deberían reencapucharse agujas ni realizarse manipulaciones innecesarias que aumenten la posibilidad de accidente.

El material reutilizable debe limpiarse, desinfectarse o esterilizarse según su uso y las instrucciones establecidas. No corresponde a cada trabajador improvisar el procedimiento: deben existir protocolos claros, productos adecuados y responsabilidades definidas.

- **El papel del personal no sanitario**

Un administrativo puede ayudar a evitar aglomeraciones y organizar circuitos. Un celador puede prevenir contaminaciones durante traslados. El personal de limpieza controla superficies y zonas de alto contacto. Mantenimiento asegura el correcto funcionamiento de instalaciones, agua, climatización y equipos. Cocina y hostelería participan en la seguridad alimentaria. Almacén y logística garantizan que el material limpio se conserve adecuadamente.

Cada función influye en el entorno asistencial. Por ello, la formación en prevención de infecciones no debería limitarse a quienes realizan técnicas clínicas. El nivel de detalle puede adaptarse a cada puesto, pero todos deben conocer los principios fundamentales.

- **Antibióticos y resistencias**

El uso inadecuado de antimicrobianos favorece la aparición y expansión de microorganismos resistentes. Aunque la prescripción corresponde a profesionales autorizados, todo el centro participa indirectamente en la estrategia frente a las resistencias: prevención de infecciones, correcta toma y transporte de muestras, cumplimiento de aislamientos, higiene ambiental y comunicación eficaz.

Prevenir una infección significa también reducir la necesidad potencial de tratamientos antimicrobianos. La higiene y la organización son, por tanto, parte de la lucha frente a la resistencia antimicrobiana.

- **Comunicar y aprender**

Cuando se detecta un incumplimiento de medidas, un problema de limpieza, falta de material, un accidente biológico o una situación que pueda facilitar transmisión, debe comunicarse por los canales establecidos. La prevención mejora cuando los problemas se notifican antes de que produzcan daño.

Una cultura segura no consiste en buscar culpables, sino en identificar por qué una barrera ha fallado y cómo reforzarla. Si faltan dispensadores, si los circuitos están mal diseñados o si una carga de trabajo impide cumplir correctamente los procedimientos, el problema debe abordarse también desde la organización.

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria no son inevitables en todos los casos. Muchas pueden prevenirse mediante medidas conocidas, constantes y coordinadas. La higiene de manos, la limpieza ambiental, el uso correcto de equipos de protección, la gestión segura del material y una buena organización son piezas de una misma estrategia. En ella, cada trabajador cuenta.

- **Bibliografía**

Organización Mundial de la Salud. Directrices y materiales sobre higiene de manos en la atención sanitaria.

Ministerio de Sanidad. Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud y Estrategia de Seguridad del Paciente.

Real Decreto 664/1997, de 12 de mayo, sobre la protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo.

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos. Edición 2024.

Organización Mundial de la Salud. Documentación sobre limpieza ambiental y prevención y control de infecciones en centros sanitarios.

ERGONOMÍA Y SALUD LABORAL PARA EL PERSONAL SANITARIO Y NO SANITARIO: PREVENIR LESIONES ES RESPONSABILIDAD DE TODOS

Trabajar en un centro sanitario implica mucho más que prestar atención clínica. Cada día se movilizan personas, se empujan camas y carros, se trasladan materiales, se trabaja durante horas frente a pantallas, se realizan movimientos repetitivos, se mantienen posturas prolongadas y se desarrollan tareas que requieren esfuerzo físico o concentración continuada.

Por esta razón, los riesgos ergonómicos afectan tanto al personal sanitario como al no sanitario. Médicos, enfermeras, TCAE, fisioterapeutas o técnicos pueden sufrirlos, pero también celadores, administrativos, personal de limpieza, mantenimiento, cocina, lavandería, almacén, seguridad y otros profesionales.

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo considera la ergonomía desde una perspectiva amplia, teniendo en cuenta factores físicos, cognitivos, sociales, organizativos y ambientales y la interacción entre ellos. Entre los principales ámbitos que contempla se encuentran la manipulación manual de cargas, las posturas de trabajo, los movimientos repetitivos, el uso de pantallas, la carga mental y el diseño de los puestos.

- **Los trastornos musculoesqueléticos**

Uno de los principales problemas asociados a una ergonomía inadecuada son los trastornos musculoesqueléticos, conocidos habitualmente como TME. Pueden afectar a músculos, articulaciones, tendones, ligamentos y otras estructuras y aparecer en distintas zonas del cuerpo.

La espalda, el cuello, los hombros y las extremidades superiores son algunas de las regiones afectadas con mayor frecuencia. El INSST señala que los trastornos musculoesqueléticos de origen laboral constituyen uno de los problemas de salud laboral más habituales y tienen un origen multifactorial en el que pueden participar factores físicos, organizativos y psicosociales.

Esto significa que no siempre existe una única causa. Una lesión puede aparecer como consecuencia de años realizando movimientos repetidos, trabajando en posturas inadecuadas o efectuando esfuerzos, pero también puede verse favorecida por ritmos elevados de trabajo, falta de pausas, escasez de medios auxiliares o una organización deficiente.

- **Movilizar personas también supone un riesgo**

En los ámbitos sanitario y sociosanitario existe una característica particular: muchas de las “cargas” que deben movilizarse son personas.

Ayudar a incorporarse a un paciente, cambiarlo de posición, transferirlo de una cama a una silla, colaborar en su higiene, evitar una caída o trasladarlo pueden exigir importantes esfuerzos físicos.

La movilización de personas tiene características diferentes a la manipulación de objetos. Una persona puede moverse inesperadamente, colaborar parcialmente, presentar dolor o alteraciones de movilidad y necesitar un procedimiento específico. Además, cualquier técnica debe preservar su dignidad y seguridad.

El INSST destaca que estas circunstancias incrementan los riesgos sobre el sistema musculoesquelético, especialmente en la zona dorsolumbar, y hacen necesarias medidas ergonómicas, ayudas técnicas y formación específica.

Siempre que sea posible deben utilizarse medios adecuados: grúas de transferencia, camas regulables, tablas o sábanas deslizantes y otros dispositivos de ayuda. Pero disponer de ellos no basta. Deben encontrarse en buen estado, estar accesibles y existir suficiente formación para utilizarlos.

Además, determinadas movilizaciones pueden requerir la participación de más de una persona. La organización del trabajo debe permitirlo. Una técnica segura difícilmente puede llevarse a cabo cuando el trabajador se encuentra solo ante una tarea que necesita dos profesionales.

- **Cargas, carros, cajas y material**

El esfuerzo físico no termina en la atención directa al paciente.

Personal de almacén, celadores, limpieza, cocina, lavandería, mantenimiento y otros servicios pueden levantar cajas, mover contenedores, empujar carros, transportar bombonas, trasladar mobiliario o manejar bolsas y materiales.

El Real Decreto 487/1997 considera manipulación manual de cargas las operaciones de transporte o sujeción que incluyen levantar, colocar, empujar, traccionar o desplazar una carga cuando puedan generar riesgos, particularmente dorsolumbares. El INSST recuerda que las medidas preventivas pueden pasar por rediseñar la carga, mejorar la organización, utilizar ayudas mecánicas o modificar el entorno de trabajo.

La primera opción debería ser evitar o reducir la manipulación siempre que sea posible. Después deben analizarse el peso, la frecuencia, la distancia, el agarre, la altura desde la que se manipula y las características del recorrido.

No debería depender únicamente de la fuerza física o experiencia de cada trabajador.

- **También existe ergonomía en una oficina**

A menudo asociamos los riesgos ergonómicos exclusivamente a los trabajos físicos. Sin embargo, permanecer gran parte de la jornada frente a un ordenador también puede generar molestias musculoesqueléticas, fatiga visual y otros problemas.

Administrativos, personal de admisión, gestores, técnicos, profesionales sanitarios que trabajan con historia clínica electrónica y otros trabajadores pueden permanecer durante largos periodos utilizando pantallas.

La mesa, la silla, el monitor, el teclado y el ratón deben permitir una posición adecuada. Es importante poder apoyar correctamente la espalda, colocar los brazos de forma cómoda y situar la pantalla de manera que no obligue a mantener constantemente el cuello inclinado o girado.

Pero la prevención tampoco consiste únicamente en comprar mobiliario ergonómico. Permanecer durante horas en una postura estática, aunque inicialmente sea correcta, puede resultar perjudicial.

Introducir cambios posturales y alternar tareas cuando la actividad lo permita puede ayudar a reducir la carga.

- **Trabajar de pie también genera fatiga**

Hay numerosos trabajadores que pasan gran parte de su jornada de pie: personal asistencial, limpieza, cocina, mantenimiento, laboratorios, farmacia, almacenes, seguridad o atención al público.

La bipedestación prolongada puede generar cansancio y molestias en piernas, espalda y otras zonas.

El diseño del puesto debe permitir variar la postura siempre que sea posible. La altura de las superficies de trabajo, el espacio disponible, el calzado y la posibilidad de realizar determinadas tareas sentado pueden influir de forma considerable.

En puestos estáticos, pequeños cambios en el diseño pueden evitar horas diarias de posturas inadecuadas.

- **Movimientos repetitivos**

Teclear, utilizar un ratón, preparar material, manipular alimentos, doblar ropa, realizar tareas de limpieza o repetir determinados procedimientos asistenciales son ejemplos de actividades que pueden implicar movimientos repetidos.

El riesgo depende de la frecuencia, duración, fuerza necesaria, postura y tiempo de recuperación.

Cuando una tarea repetitiva se mantiene durante gran parte de la jornada, deben estudiarse medidas como la rotación de actividades, adaptación de herramientas, automatización de procesos o introducción de pausas adecuadas.

Una vez más, la solución no debería limitarse a enseñar al trabajador a soportar mejor el esfuerzo, sino a adaptar el trabajo a las características de las personas.

- **La organización también importa**

Dos trabajadores pueden realizar aparentemente la misma tarea y estar sometidos a riesgos diferentes.

No es igual movilizar diez pacientes disponiendo de ayudas técnicas y tiempo suficiente que realizar la misma actividad con prisas, sin equipos disponibles o con una plantilla insuficiente.

Por ello, la ergonomía está estrechamente relacionada con la organización.

El ritmo de trabajo, la distribución de funciones, las pausas, la rotación de tareas, la disponibilidad de equipos y el número de personas necesarias para ejecutar determinadas actividades deben formar parte de la evaluación preventiva.

Cuando aparecen molestias musculoesqueléticas de forma repetida en una unidad o servicio, resulta especialmente importante estudiar el puesto y no limitarse a tratar individualmente a quienes presentan síntomas.

- **Detectar los primeros signos**

Dolor cervical, molestias lumbares, hormigueo, pérdida de fuerza, molestias en hombros o muñecas y fatiga física persistente no deberían normalizarse como consecuencias inevitables de trabajar.

Detectar los síntomas precozmente puede permitir adoptar medidas antes de que el problema se agrave.

La vigilancia de la salud constituye una de las herramientas preventivas y debe realizarse de acuerdo con los riesgos del puesto y con las garantías establecidas legalmente.

Comunicar deficiencias también resulta fundamental. Una cama cuya regulación no funciona, un carro con ruedas defectuosas, una silla deteriorada o una distribución que obliga a realizar esfuerzos innecesarios son problemas preventivos.

- **Adaptar el trabajo a la persona**

Uno de los principios fundamentales de la prevención es adaptar el trabajo a la persona y no obligar permanentemente a la persona a adaptarse a un puesto mal diseñado.

La ergonomía no es comodidad innecesaria. Es prevención.

Invertir en camas regulables, grúas, carros adecuados, mobiliario ergonómico, mantenimiento, formación y organización reduce riesgos y puede evitar lesiones, absentismo y pérdida de capacidad laboral.

Y beneficia también a los usuarios. Una movilización correctamente realizada protege al trabajador, pero también proporciona mayor seguridad al paciente.

La prevención ergonómica debe abarcar todos los puestos. Desde quien moviliza a una persona dependiente hasta quien pasa la jornada frente a un ordenador; desde quien transporta ropa o alimentos hasta quien empuja una camilla.

Porque en un centro sanitario todas las funciones son diferentes, pero todas merecen realizarse en condiciones seguras.

- **Bibliografía**

- Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales.
- Real Decreto 487/1997, de 14 de abril, sobre disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entrañe riesgos, en particular dorsolumbares.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST). *Guía técnica para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas*. Edición 2024.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *Riesgos ergonómicos en el trabajo*.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación técnica sobre trastornos musculoesqueléticos.
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. Documentación sobre movilización de personas en los ámbitos sanitario y sociosanitario.

- Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo. *NTP 1197: Ayudas menores para la movilización y transferencia de personas en los ámbitos sanitario y sociosanitario*. 2024.