Osakidetza



FACULTATIVO/A ESPECIALISTA MEDICO/A UGS

PREGUNTAS

1. **En una Unidad de Gestión Sanitaria, la expresión "línea de trabajo" se ajusta MEJOR a:**

   a) Una categoría profesional concreta.
   b) Una agrupación funcional de actividades con finalidad compartida
   c) Un turno horario de trabajo
   d) Una secuencia aleatoria de tareas administrativas

2. **¿Cuál de las siguientes situaciones refleja MEJOR un enfoque por procesos en una UGS?**

   a) Cada unidad registra su actividad sin coordinación posterior.
   b) Las tareas se distribuyen por categoría profesional, sin objetivo común explícito.
   c) Se encadenan actividades asistenciales y administrativas para producir un resultado definido.
   d) Se prioriza el control jerárquico sobre la continuidad del circuito de la persona paciente.

3. **En una UGS, una tarea se diferencia de una actividad en que:**

   a) La tarea tiene mayor alcance y la actividad es una operación simple.
   b) La actividad se compone de tareas, y no al revés.
   c) Ambas son conceptos equivalentes.
   d) La tarea solo existe en el ámbito administrativo.

4. **¿Cuál NO es compatible con una UGS bien definida?:**

   a) Identificación de procesos.
   b) Delimitación de tareas.
   c) Fragmentación permanente sin responsable funcional del circuito.
   d) Relación entre actividad y resultado

5. **En una UGS, la existencia de varias unidades internas solo es coherente si:**

   a) Cada una opera con criterios propios sin conexión formal.
   b) Todas dependen de categorías profesionales homogéneas.
   c) Quedan articuladas dentro de líneas de trabajo y procesos comunes.
   d) Se eliminan las tareas transversales.

6. **Si una UGS mide solo volumen de actividad, pero NO mide continuidad del circuito ni adecuación operativa, el fallo principal es:**

   a) De nomenclatura.
   b) De presupuestación.



c) De enfoque de proceso.
d) De aseguramiento

7. Un diseño correcto de la UGS exige que las actividades:

a) Sean independientes para evitar interferencias.
b) Estén conectadas por una secuencia operativa reconocible.
c) Se asignen exclusivamente a una sola categoría profesional.
d) Queden desligadas del resultado final.

8. En una UGS, la trazabilidad de un circuito asistencial mejora cuando:

a) Se registran tareas aisladas sin relación temporal.
b) Se documenta el proceso solo al final.
c) Se identifican hitos operativos a lo largo del proceso.
d) Se sustituye la secuencia por decisiones sobre la marcha.

9. ¿Qué opción describe PEOR la función de una UGS?

a) Integrar recursos alrededor de procesos.
b) Ordenar actividades y tareas.
c) Convertir cada unidad en un compartimento estanco.
d) Favorecer continuidad funcional.

10. En una UGS, la actividad de admisión se define MEJOR como:

a) Tarea desvinculada del proceso asistencial.
b) Actividad nuclear dentro de varios procesos asistenciales y logísticos.
c) Actividad nuclear dentro de varios procesos logísticos.
d) Actividad nuclear dentro de varios procesos asistenciales.

11. Si dos actividades distintas persiguen el mismo resultado y comparten hitos, lo correcto en una UGS es:

a) Mantenerlas necesariamente separadas.
b) Integrarlas en un mismo proceso o subproceso.
c) Convertirlas en tareas.
d) Eliminar una de ellas sin análisis.

12. ¿Cuál de las siguientes combinaciones es la MÁS coherente con la lógica de UGS?

a) Proceso = objetivo; actividad = fase; tarea = operación concreta.
b) Proceso = tarea; actividad = unidad; tarea = línea de trabajo.
c) Proceso = categoría; actividad = puesto; tarea = horario.
d) a) y c) son correctas.



13. En una UGS, la coexistencia de tareas asistenciales y administrativas dentro del mismo proceso implica que:

a) El proceso está mal definido.
b) Solo deben contarse las tareas clínicas.
c) El proceso incorpora todo lo necesario para producir el resultado final.
d) La parte administrativa no forma parte del circuito.

14. ¿Cuál es el error conceptual MÁS frecuente al definir una UGS?

a) Confundir proceso con secuencia finalista.
b) Confundir actividad con agrupación de tareas.
c) Confundir estructura organizativa con simple suma de puestos.
d) Confundir tarea con operación concreta.

15. Una UGS que reorganiza tareas pero NO redefine procesos, probablemente:

a) Ha completado una reforma estructural.
b) Solo ha hecho un ajuste operativo parcial.
c) Ha modificado la garantía de plazos.
d) Ha creado una nueva unidad por sí sola.

16. El Acuerdo del Consejo de Administración del 23 de mayo de 2012, relativo a la regulación de las Unidades de Gestión Clínica, permitió introducir nuevas formas de organización de los servicios asistenciales más orientadas a una atención centrada:

a) En las necesidades de las personas pacientes en el contexto de entornos de integración asistencial.
b) En el ahorro de los recursos económicos.
c) En desarrollar un sistema sostenible.
d) En la universalidad del sistema.

17. El Acuerdo de Gestión Clínica de las unidades de gestión clínica deberá establecerse:

a) Cada legislatura.
b) Anualmente.
c) Bianualmente.
d) Una única vez a su constitución.

18. La persona responsable de la Unidad de Gestión:

a) Desarrollará la actividad asistencial que le compete.
b) Será designada mediante procedimiento de libre designación.
c) Autorizará, de acuerdo con los criterios de la Organización, los permisos y licencias de las personas integrantes de la Unidad.
d) Las tres anteriores son ciertas.



19. Es función de la Comisión de coordinación de las unidades de gestión clínica:

a) La aprobación de las acciones propuestas en materia de docencia e investigación.
b) La aprobación, seguimiento y evaluación del acuerdo de gestión clínica.
c) El asesoramiento a la persona responsable de la Unidad en todas aquellas cuestiones que le sean planteadas.
d) La evaluación del acuerdo de gestión clínica.

20. La unidad de gestión clínica es la estructura organizativa en la que se materializa la gestión clínica:

a) Con personalidad jurídica propia.
b) Que agrupa los recursos humanos y materiales asignados a la misma.
c) Que agrupa al conjunto de recursos humanos asignados a la misma.
d) Que agrupa los recursos materiales asignados a la misma.

21. Las actividades de gestión que se realizan en los hospitales públicos o privados se corresponden con el nivel de:

a) Mesogestión
b) Macrogestión
c) Nanogestión
d) Microgestión

22. El marketing de una institución sanitaria deberemos incluirlo entre los procesos:

a) Finalistas
b) Estratégicos
c) Operativos
d) De Soporte

23. Respecto a los límites del proceso sanitario es cierto que:

a) La entrada al proceso se realiza únicamente por la asistencia primaria.
b) El límite final se corresponde con el fallecimiento de la persona paciente.
c) Tanto la entrada como la salida se puede producir en cualquier nivel asistencial.
d) No deben establecerse límites marginales.

24. Señale qué función no corresponde a la jefatura de una unidad de atención primaria:

a) Elaborar el Plan Estratégico de la Unidad, en coherencia con las directrices marcadas por la gerencia.
b) Proponer a la gerencia la creación de unidades de atención primaria.
c) Gestionar las actividades de docencia e investigación de la Unidad.
d) Ejecutar los programas de concertación interna y autogestión previstos en el Decreto 206/1992 de 21 de julio.



25. Los plazos de garantía en procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del sistema sanitario de Euskadi según el decreto 65/2006 son (señale la correcta):

a) Cirugía cardíaca: 120 días naturales.
b) Otros procedimientos quirúrgicos: 160 días naturales.
c) Cirugía Oncológica: 30 días naturales.
d) Cirugía cardíaca: 60 días naturales

26. Entre las causas de suspensión temporal del plazo máximo de intervención quirúrgica según el decreto 65/2006, NO figura:

a) Cuando habiendo sido prescrita la intervención quirúrgica, la persona paciente debe someterse, previamente a la intervención, a algún tipo de procedimiento diagnóstico o terapéutico que obliga a retrasar temporalmente la intervención.
b) Cuando habiendo sido prescrita la intervención quirúrgica, la persona paciente padece una enfermedad intercurrente que temporalmente contraindica la intervención.
c) Cuando concurran circunstancias excepcionales y sean debidamente acreditadas.
d) Cuando la persona paciente cuestione la oportunidad de la indicación quirúrgica.

27. Según el decreto 65/2006, en el Sistema Sanitario de Euskadi existirá pérdida de la garantía de los plazos en intervenciones programadas en los siguientes supuestos, EXCEPTO:

a) La no asistencia de la persona paciente a la intervención quirúrgica programada o la negativa a su realización, una vez notificada la fecha de la misma.
b) La no aceptación por la persona paciente a ser derivada a otro centro sanitario público o concertado, con causas justificadas.
c) La preferencia, manifestada por la persona paciente, a ser intervenida por personal profesional determinado.
d) Cuando se encuentre en situación de ilocalizable

28. Los plazos de garantía para la realización de los procedimientos quirúrgicos prescritos (procedimientos no excluidos de la garantía) a que se refiere el Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del Sistema Sanitario de Euskadi, son:

a) Cirugía oncológica: 30 días naturales.
b) Cirugía cardiaca: 40 días naturales.
c) Cirugía oncológica: 20 días naturales.
d) Cirugía cardiaca: 60 días naturales

29. En relación al Decreto 65/2006, de 21 de marzo, por el que se establecen los plazos máximos de acceso a procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes a cargo del Sistema Sanitario de Euskadi:

a) El cómputo del plazo de garantía se iniciará cuando sea cumplimentada la hoja de solicitud de intervención quirúrgica del hospital en que haya de practicarse la intervención.
b) Dicha hoja, donde se hará constar la fecha de su cumplimentación, será inscrita en el registro existente en el sistema de gestión de lista de espera del hospital en el plazo de 24 horas hábiles.
c) Transcurridos los plazos de respuesta establecidos en el decreto, la persona paciente podrá solicitar autorización para recibir atención en otro centro sanitario.
d) Todas son correctas.

30. El Sistema Sanitario de Euskadi asumirá el gasto generado por actos quirúrgicos, en los siguientes supuestos (según el decreto 65/2006):

a) Cuando la intervención quirúrgica se practique en el centro sanitario al que se le hubiere derivado.
b) Cuando la persona paciente carezca de la autorización correspondiente, aun cuando se hubiera sobrepasado el plazo máximo de espera.
c) Cuando el acto quirúrgico se haya realizado en centro distinto al autorizado.
d) Cuando los gastos correspondan a una intervención quirúrgica distinta de la indicada por el personal facultativo correspondiente y que no se justifique por una diferencia en el diagnóstico surgida durante el acto quirúrgico.

31. Según el Decreto 65/2006, el plazo máximo de acceso para procedimientos quirúrgicos oncológicos es de

a) 15 días naturales
b) 30 días naturales
c) 45 días naturales
d) 60 días naturales

32. Según el Decreto 65/2006, el plazo máximo de acceso para cirugía cardíaca es de:

a) 30 días naturales
b) 60 días naturales
c) 90 días naturales
d) 120 días naturales

33. Según el Decreto 65/2006, para el resto de procedimientos quirúrgicos programados y no urgentes incluidos, el plazo máximo es de:

a) 120 días naturales
b) 150 días naturales
c) 180 días naturales
d) 210 días naturales



34. El inicio del cómputo del plazo máximo quirúrgico se produce:

a) En la fecha de la consulta en la que se verbaliza la indicación.
b) En la fecha de cumplimentación de la hoja de solicitud de intervención quirúrgica en el sistema de gestión.
c) En la fecha de la preanestesia.
d) En la fecha de programación de quirófano.

35. La hoja de solicitud de intervención quirúrgica debe ir firmada por:

a) El personal facultativo que la indica y la persona paciente.
b) El personal facultativo que la indica, la persona anestesista y la persona paciente.
c) El personal facultativo que la indica y la persona paciente o persona autorizada.
d) La unidad de admisión y la dirección médica.

36. Una vez cumplimentada la hoja de solicitud de intervención quirúrgica, su inscripción en el sistema de gestión de lista de espera del hospital debe realizarse:

a) En 12 horas naturales
b) En 24 horas hábiles
c) En 48 horas hábiles
d) En 72 horas hábiles

37. Tras rebasarse el plazo máximo previsto en el Decreto 65/2006, la persona paciente puede:

a) Exigir el reintegro automático de cualquier gasto privado.
b) Solicitar autorización para ser atendida en otro centro sanitario.
c) Mantenerse indefinidamente en lista sin actuación adicional.
d) Elegir libremente cualquier centro sin solicitar autorización.

38. ¿Cuál de las siguientes circunstancias hace perder la garantía del plazo máximo quirúrgico?

a) La no asistencia de la persona paciente el día de la intervención.
b) La negativa de la persona paciente a ser derivada a otro centro, salvo causa justificada.
c) La indisponibilidad temporal de quirófano.
d) La modificación de los partes quirúrgicos por decisión clínica del servicio.

39. El plazo máximo de intervención quirúrgica se interrumpe cuando:

a) El hospital prioriza internamente otros casos.
b) La persona paciente requiere previamente un procedimiento diagnóstico o terapéutico que obliga a retrasar temporalmente la intervención.
c) Existe tensión de camas.
d) El servicio reprograma por motivos de rendimiento.

40. Puede interrumpir el cómputo del plazo quirúrgico:

a) Una enfermedad intercurrente que contraindica temporalmente la intervención.
b) La solicitud de la persona paciente no justificada.
c) La reorganización de turnos del personal.
d) Problemas logísticos o administrativos.

41. ¿Cuál NO es causa válida de suspensión/interrupción del plazo quirúrgico?

a) Rechazo temporal por la persona paciente.
b) Enfermedad intercurrente.
c) Cambio del parte quirúrgico consensuado y aprobado en Comisión Quirúrgica.
d) Procedimiento previo necesario.

42. Según el Decreto 230/2012, las primeras consultas sujetas a plazo máximo garantizado son las de:

a) Cardiología y Neurología
b) Cardiología y Oncología
c) Oncología y Medicina Interna
d) Cardiología y Cirugía General

43. Entre las pruebas complementarias diagnósticas no urgentes incluidas en el Decreto 230/2012 figura:

a) Resonancia magnética lumbar.
b) Ecografía abdominal.
c) Mamografía diagnóstica.
d) TAC craneal.

44. Quedan excluidas de la garantía del Decreto 230/2012:

a) Las primeras consultas de oncología.
b) Las colonoscopias diagnósticas.
c) Las consultas o pruebas de revisión/control de un proceso ya diagnosticado.
d) Las mamografías diagnósticas.

45. El plazo máximo para la realización de las consultas y procedimientos incluidos en el Decreto 230/2012 es de:

a) 15 días naturales
b) 20 días naturales
c) 30 días naturales
d) 45 días naturales



46. El cómputo del plazo del Decreto 230/2012 se inicia desde:

a) La cita administrativa.
b) La prescripción por el personal facultativo responsable del proceso.
c) La validación por admisión.
d) La inclusión en agenda territorial.

47. El cómputo del plazo del Decreto 230/2012 puede suspenderse por:

a) Circunstancias no necesariamente vinculadas a la salud de la persona paciente o causas personales justificadas.
b) Circunstancias vinculadas a la salud de la persona paciente y causas personales justificadas.
c) Circunstancias vinculadas a la salud de la persona paciente o causas personales justificadas.
d) Circunstancias vinculadas a la salud de la persona paciente sin causas personales justificadas.

48. La decisión de suspensión o reanudación del cómputo en el Decreto 230/2012 debe:

a) Ser verbal y quedar recogida en la agenda.
b) Reflejarse de manera motivada.
c) Autorizarla siempre la Inspección.
d) Autorizarla siempre la Dirección Médica y la Inspección.

49. Los protocolos organizativos previstos por el Decreto 230/2012 deben permitir que, en un plazo no superior a 5 días hábiles desde la prescripción, la persona paciente:

a) Sea valorada por inspección médica.
b) Sea citada para un día comprendido dentro de los 30 días naturales siguientes.
c) Reciba una segunda opinión.
d) Sea inscrita en una lista única autonómica.

50. Si una organización de servicios no consigue cita en las condiciones del Decreto 230/2012, debe trasladar la solicitud a:

a) El servicio de atención a la persona paciente.
b) La dirección médica de otra OSI.
c) La inspección médica de la dirección territorial correspondiente.
d) El centro de referencia estatal.

51. Quedará sin efecto la garantía del Decreto 230/2012 cuando:

a) La organización sanitaria no localiza a la persona paciente por las vías ordinarias.
b) Existe sobrecarga administrativa.
c) Se produce una incidencia informática.
d) El servicio modifica la agenda por razones asistenciales.



52. En consultas externas la lista estructural incluye, con carácter general:

a) Revisiones sucesivas de un proceso ya valorado.
b) Primeras consultas con indicación clínica y pendiente de cita.
c) Citaciones administrativas sin solicitud facultativa.
d) Cualquier atención ambulatoria programada.

53. ¿Cuál de las siguientes situaciones debe quedar EXCLUIDA de la lista estructural de consultas externas?

a) Paciente con derivación para primera consulta especializada.
b) Paciente pendiente de revisión ya pautada.
c) Paciente sin cita inicial pese a derivación válida.
d) Paciente con prioridad por indicación clínica.

54. En pruebas complementarias, la inclusión en lista estructural exige de forma nuclear:

a) Solicitud de la persona paciente.
b) Validación de la Dirección Médica.
c) Indicación clínica/profesional para la exploración.
d) Confirmación telefónica previa.

55. Una persona paciente citada para una exploración no urgente no acude y no justifica la ausencia. La actuación más ajustada es:

a) Mantenerla en lista estructural.
b) Reprogramar la cita sin modificar su situación.
c) Excluirla de la lista estructural o dejar sin efecto la citación según el circuito previsto.
d) Asignarle prioridad baja.

56. En lista quirúrgica, ¿qué elemento NO basta por sí solo para entender válidamente incluida a una persona paciente?:

a) Indicación clínica documentada.
b) Registro formal en el sistema.
c) Mención verbal en sesión clínica sin formalización documental.
d) Hoja de solicitud correctamente cumplimentada.

57. ¿Cuál de las siguientes reordenaciones de lista quirúrgica sería la MÁS difícil de defender normativamente?

a) Adelantar un caso por prioridad clínica sobrevenida.
b) Posponer un caso para evitar incumplir el plazo de otro más prioritario.
c) Posponer un caso para mejorar el rendimiento del parte sin justificación clínica adicional.
d) Reprogramar por contraindicación clínica transitoria.

58. ¿Cuál NO debería figurar como persona paciente activa en una lista de espera estructural correctamente depurada?

a) Persona paciente con indicación vigente y pendiente de recurso.
b) Persona paciente temporalmente suspendida por causa clínica documentada.
c) Persona paciente sin indicación clínica ya vigente pero no depurada del sistema.
d) Persona paciente pendiente de prueba previa imprescindible.

59. Indique cuál es la afirmación MÁS exacta sobre la suspensión del cómputo en lista de espera:

a) Toda causa atribuible al hospital suspende el cómputo.
b) Toda reprogramación, tenga o no tenga base clínica, produce suspensión del cómputo.
c) Solo las causas previstas normativamente, vinculadas a la persona paciente o a necesidad clínica previa, suspenden el cómputo.
d) La conveniencia de ajustes organizativos puede producir la suspensión del cómputo.

60. Indique la opción que combina DOS afirmaciones correctas:

a) En el Decreto 65/2006 el plazo se inicia con la programación, y en el Decreto 230/2012 con la cita administrativa.
b) En el Decreto 65/2006 el plazo se inicia con la solicitud/registro, y en el Decreto 230/2012 con la prescripción facultativa.
c) En ambos decretos el plazo se inicia con la confirmación telefónica de la persona paciente.
d) a) y c) son correctas.

61. El plazo de garantía de 30 días establecido por el Decreto 65/2006, de 21 de marzo hace referencia a la cirugía:

a) Oncológica
b) Cardiaca
c) Traumatología
d) Infantil

62. El cómputo del plazo de garantía se iniciará cuando:

a) La persona paciente acuda a la primera consulta motivada por la causa de la intervención.
b) La persona paciente sea diagnosticada.
c) La persona paciente tenga los resultados del preoperatorio.
d) Se cumplimente la hoja de solicitud de intervención quirúrgica del sistema de gestión de lista de espera.

63. En el caso del incumplimiento de los plazos de garantía de las intervenciones quirúrgicas, y una vez dirigida la solicitud al departamento de sanidad por medio del hospital en el que se encuentra en situación de espera de intervención quirúrgica, este último deberá tramitarla al departamento de sanidad en MENOS de:

a) 5 días
b) 10 días
c) 20 días
d) 1 mes

64. Una vez la solicitud por incumplimiento de los plazos de garantía de las intervenciones quirúrgicas, establecido por el Decreto 65/2006, entra en el registro del órgano del Departamento de Sanidad competente, éste habrá de dictar la resolución en:

a) 5 días
b) 10 días
c) 20 días
d) 1 mes

65. Según el Decreto 147/2015 sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, ¿a quién corresponde el desarrollo normativo del procedimiento de tramitación de quejas, reclamaciones y sugerencias, así como de las solicitudes de información que se formulen ante los Servicios de Atención a Pacientes y personas Usuarias?

a) A la Dirección General de Osakidetza.
b) A la Gerencia de la Organización Sanitaria.
c) A la persona titular del departamento competente en materia de sanidad.
d) Al Servicio de Atención a Pacientes y personas Usuarias de cada centro (SAPU).

66. Según el Decreto 147/2015 sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, se hace referencia a las específicas necesidades relativas a:

a) Infancia/adolescencia, sexualidad/reproducción, ancianidad y final de la vida, colectivos integrados por personas vulnerables y personas afectadas por enfermedades raras.
b) Infancia/adolescencia, víctimas de violencia de género e inmigrantes.
c) Embarazadas, drogodependientes y personas maltratadas.
d) Inmigrantes y víctimas de violencia de género.

67. Según el Decreto 147/2015 sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, las personas mayores, en su condición de pacientes y personas usuarias del sistema sanitario de Euskadi, tienen una serie de derechos específicos de su edad que se materializarán preferentemente en:

a) Su centro de salud.



b) Su dispositivo de atención sociosanitario más cercano.
c) Su domicilio y entornos próximos, cuando ello sea posible.
d) Su ayuntamiento correspondiente.

68. Según el Decreto 147/2015 sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, la atención al final de la vida incluirá:

a) Respeto a las voluntades anticipadas.
b) Atención psicológica.
c) Uso de habitación individual con carácter general.
d) Todas las anteriores.

69. Según el Decreto 147/2015 sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, dispondrán de servicios de atención a pacientes y personas usuarias:

a) Las organizaciones de servicios sanitarios de Osakidetza, los centros concertados y el departamento competente en materia de sanidad.
b) Los centros asistenciales públicos o privados de Euskadi.
c) Los hospitales de Osakidetza.
d) Hospitales y centros de salud de Osakidetza y los servicios centrales.

70. La persona paciente perderá la garantía que le brinda el Decreto 230/2012 de 30 de octubre en algunos supuestos, entre ellos:

a) Si se niega a acudir a la cita programada o a realizar la prueba diagnóstica.
b) Si no acepta ser derivada a otro centro sanitario, salvo causa justificada.
c) Si no es posible notificarle la cita por las vías ordinarias.
d) Todas son correctas.

71. En admisión de hospitalización, la función central NO es:

a) Gestionar el acceso de la persona paciente.
b) Asignar ubicación y movimiento administrativo-asistencial.
c) Validar el tratamiento médico.
d) Ordenar el flujo de ingreso.

72. Un proceso de admisión hospitalaria correcto exige, como mínimo:

a) Registro del ingreso, asignación de recurso y coherencia con la indicación asistencial.
b) Solo disponibilidad física de cama.
c) Solo validación administrativa de identidad.
d) a) y c) son correctas.



73. ¿Cuál de las siguientes situaciones refleja una INADECUADA gestión de admisión hospitalaria?

a) Ingreso programado con recurso previamente asignado.
b) Ingreso urgente con ubicación ajustada a necesidad clínica.
c) Permanencia prolongada en área de espera por descoordinación entre programación y disponibilidad conocida.
d) Reasignación justificada por cambio clínico.

74. En programación quirúrgica, el criterio que NO debería prevalecer frente a la prioridad clínica y a las garantías normativas es:

a) La necesidad de procedimiento previo obligatorio.
b) La contraindicación clínica transitoria.
c) La mera optimización del rendimiento del parte quirúrgico.
d) La adecuación del recurso a la persona paciente.

75. En hospital de día médico, el rasgo definitorio más preciso es:

a) Necesidad prevista de estancia superior a 24 horas.
b) Atención diagnóstica o terapéutica sin ingreso convencional y con alta en el mismo día, salvo incidencia.
c) Actividad exclusivamente quirúrgica.
d) Sustitución paulatina de la hospitalización convencional.

76. En hospital de día quirúrgico, ¿cuál de los siguientes perfiles de pacientes es MENOS adecuado?

a) Paciente para procedimiento con recuperación rápida y alta el mismo día.
b) Paciente para intervención con necesidad previsible de ingreso prolongado.
c) Paciente para cirugía programada de baja o moderada complejidad seleccionada.
d) Paciente con circuito preoperatorio y postoperatorio ambulatorio definido.

77. ¿Cuál NO es un objetivo razonable de la programación quirúrgica?

a) Alinear prioridad clínica y recurso disponible.
b) Reducir cancelaciones evitables.
c) Mantener pacientes sin depuración para “proteger” actividad futura.
d) Coordinar el ingreso cuando proceda.

78. Una cancelación quirúrgica, el mismo día de la intervención, por una causa PREVISIBLE y no clínica, revela, ante todo:

a) Correcta selección de la persona paciente.
b) Buena gestión del circuito.
c) Fallo de programación y coordinación.
d) Suspensión automática justificada del plazo máximo.

79. ¿Qué combinación contiene DOS afirmaciones correctas sobre hospital de día y hospitalización tradicional?

a) El hospital de día requiere siempre pernocta, y la hospitalización tradicional nunca precisa programación.
b) El hospital de día se orienta a alta en el mismo día, y la hospitalización tradicional exige gestión de ingreso/ubicación más compleja.
c) El hospital de día quirúrgico sustituye toda cirugía programada, y la hospitalización tradicional queda reservada a urgencias.
d) a) y c) son correctas.

80. ¿Cuál es la afirmación MÁS exacta sobre la relación entre admisión, programación quirúrgica y hospital de día?

a) Son circuitos independientes y su coordinación es accesoria.
b) La programación solo afecta al quirófano, no al ingreso ni al alta.
c) Forman un continuo operativo en el que una mala coordinación puede distorsionar tiempos, recurso cama y cancelaciones.
d) La admisión interviene solo después del alta.

81. ¿Cuál de estos factores acorta la estancia media hospitalaria?

a) Un mayor número de camas.
b) Mayor actividad en consultas externas.
c) Existencia de programa docente.
d) Un número más elevado de personal facultativo.

82. En consultas externas, se considera una primera consulta simultánea:

a) Primera consulta que se da a una persona paciente que ya tiene episodio abierto en esa especialidad/subespecialidad, se le cita por la misma patología, pero es atendido por otra persona facultativa de la misma especialidad/subespecialidad.
b) Las interconsultas hospitalarias de pacientes ingresados/as, que tienen lugar en los locales de consultas externas.
c) Primera consulta que se da a una persona paciente que ya tiene episodio abierto en esa especialidad/subespecialidad, se le cita por otra patología distinta, dentro de la misma especialidad/subespecialidad.
d) Todas son correctas.

83. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a la estancia media preoperatoria total?

a) Se calcula tanto de las personas pacientes programadas como de las diferidas de la urgencia.
b) No se incluye la cirugía de día.
c) No se incluye la actividad programada extraordinaria.
d) Se incluye la cirugía menor.

84. Según Homogeneización de indicadores del sistema de Información de Atención especializada, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA respecto a las camas funcionantes:

a) Incluyen las habilitadas.
b) Incluyen las incubadoras y las cunas de pediatría.
c) Incluyen las de la Unidad de recuperación postanestésica.
d) Incluyen las extraordinarias.

85. Osakidetza cumplimentará los certificados de defunción para todas las muertes con la EXCEPCION de las:

a) Muertes naturales.
b) Muertes violentas.
c) Muertes en mujeres.
d) Muertes en días festivos y fines de semana.

86. Se deberán comunicar a la autoridad judicial las muertes:

a) Violentas.
b) Intoxicaciones.
c) En jóvenes sin patología previa en ambiente sospechoso.
d) a) b) y c) son ciertas.

87. La Comisión de prestaciones, aseguramiento y financiación, como órgano responsable de la elaboración y evaluación de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, estará presidida por:

a) Quien ostente la Dirección General de Cohesión del Sistema Nacional de Salud y Alta Inspección.
b) La persona titular del Ministerio de Sanidad o en quien delegue.
c) Quien ostente la Dirección General de Prestaciones Sanitarias.
d) La Subdirección general del Ministerio de Sanidad y Consumo responsable de la cartera de servicios.

88. El real decreto por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en su artículo 9, punto 3, fija las tareas que asumirá la Comisión de Prestaciones, Aseguramiento y Financiación. ¿Cuál de ellas NO asumirá?

a) El establecimiento de los requisitos de calidad metodológica y el contenido de los informes de evaluación y los de repercusión económica.
b) La regulación del acceso a la información del sistema de seguimiento informatizado de solicitudes de actualización indicado en el artículo 8.7.
c) La elaboración, aprobación y modificación del reglamento de régimen interior de funcionamiento de la Comisión.



d) El establecimiento, en su caso, de plazos mínimos, para cada uno de los trámites de los expedientes de actualización, que se reflejarán en la orden que regule el procedimiento de actualización prevista en el artículo 7.1.

89. Los servicios públicos de salud reclamarán a la parte tercera con obligación al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, incluido el transporte sanitario, la atención de urgencia, la atención especializada, la atención primaria, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica, las prestaciones con productos dietéticos y la rehabilitación. De los siguientes supuestos, cuál está recogido en el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, en su Anexo IX:

a) Personas aseguradas o beneficiarias de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.
b) Personas aseguradas o beneficiarias de empresas colaboradoras en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención no corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.
c) Personas aseguradas o beneficiarias de empresas colaboradoras, con seguro obligatorio, en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.
d) Personas aseguradas o beneficiarias de empresas colaboradoras, sin seguro obligatorio, en la asistencia sanitaria del sistema de Seguridad Social, en aquellas prestaciones cuya atención no corresponda a la empresa colaboradora conforme al convenio o concierto suscrito.

90. Sin perjuicio de la existencia de parte tercera obligada al pago, las prestaciones que establece la Ley de Cohesión y Calidad son responsabilidad financiera:

a) Del Estado.
b) Del servicio público de salud.
c) De las Comunidades Autónomas de conformidad con los acuerdos de transferencias y el sistema de financiación autonómica.
d) Del Estado y de las Comunidades Autónomas, de conformidad con los presupuestos generales del Estado y los acuerdos de transferencias.

91. ¿Cuál es el objeto principal de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre?

a) Regular el tratamiento de datos en la Administración Pública.
b) Adaptar el ordenamiento jurídico español al Reglamento (UE) 2016/679 y garantizar los derechos digitales de la ciudadanía.
c) Establecer el contenido de la cartera de servicios comunes de las prestaciones sanitarias de salud pública, atención primaria, atención especializada, atención de urgencia, prestación farmacéutica, ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario y fijar las bases del procedimiento para la actualización de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud.



d) Regular el contenido, manejo y uso de datos personales, así como los derechos y obligaciones de pacientes, profesionales e instituciones sanitarias correspondientes a sus datos digitales.

92. ¿Qué derecho permite a la persona interesada obtener sin dilación indebida la supresión de sus datos personales?

a) Derecho de oposición.
b) Derecho de rectificación.
c) Derecho al olvido.
d) Derecho de limitación del tratamiento.

93. Según la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, ¿qué supuesto podrá considerar lícito el tratamiento de datos de contacto y de personas empresarias individuales?

a) Que los datos sean públicos.
b) Que la finalidad del tratamiento sea únicamente mantener relaciones de cualquier índole con la persona jurídica en la que la persona afectada preste sus servicios.
c) Cuando se mantuviese una relación contractual con la persona interesada que implique el abono de una cuantía pecuniaria o esta le hubiera solicitado la celebración de un contrato.
d) Todas son correctas.

94. El artículo 4 de la Ley 41/2002 establece que la regla general respecto a la información asistencial es:

a) La persona paciente puede renunciar a recibirla solo si lo solicita por escrito en una notaría.
b) Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.
c) La persona facultativa médica puede limitarla cuando considere que puede perjudicar a la persona paciente.
d) La información puede limitarse solo cuando exista riesgo para la salud pública.

95. El régimen sancionador de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales establece, en su artículo 72, que las infracciones consideradas muy graves prescribirán:

a) Al año.
b) A los tres años.
c) A los cinco años.
d) Nunca prescribirán.

96. La Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales establece, en su artículo 7, que el tratamiento de los datos personales de una persona menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento (exceptuando los supuestos en que la ley exija la asistencia de las personas titulares de la patria potestad o tutela para la celebración del acto o negocio jurídico en cuyo contexto se recaba el consentimiento para el tratamiento) cuando sea mayor de:

a) 10 años
b) 12 años
c) 14 años
d) 16 años

97. Señale la afirmación FALSA en relación con el artículo 49 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el cual establece que la Presidencia de la Agencia Española de Protección de Datos estará asesorada por un Consejo Consultivo compuesto, entre otras, por las siguientes personas:

a) Dos personas expertas propuestas por el Consejo de Consumidores y Usuarios.
b) Una persona diputada, propuesta por el Congreso de los Diputados.
c) Dos personas expertas propuestas por las Organizaciones Empresariales.
d) Una persona representante de las y los profesionales de la protección de datos y de la privacidad, propuesta por la asociación de ámbito estatal con mayor número de personas asociadas.

98. ¿Cuál de las siguientes normas jurídicas o disposiciones legales trata de la reestructuración de los Servicios de Atención a Pacientes y personas Usuarias del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza?

a) Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre
b) Decreto 272/1986, de 25 de noviembre
c) Ley 44/2003, de 21 de noviembre
d) Decreto 175/1989, de 18 de julio

99. Los responsables y encargados del tratamiento comunicarán a la Agencia Española de Protección de Datos o, en su caso, a las autoridades autonómicas de protección de datos, las designaciones, nombramientos y ceses de los delegados de protección de datos tanto en los supuestos en que se encuentren obligadas a su designación como en el caso en que sea voluntaria en el plazo de:

a) Una semana
b) Diez días
c) Veinte días
d) Un mes



100. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones de la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales NO corresponde a la persona encargada del tratamiento?

a) El acceso por parte de una persona encargada de tratamiento a los datos personales que resulten necesarios para la prestación de un servicio a la persona responsable no se considerará comunicación de datos siempre que se cumpla lo establecido en el Reglamento (UE) 2016/679, en la presente ley orgánica y en sus normas de desarrollo.
b) La persona responsable del tratamiento determinará si, cuando finalice la prestación de los servicios de la persona encargada, los datos personales deben ser destruidos, devueltos a la persona responsable o entregados, en su caso, a una nueva persona encargada. No procederá la destrucción de los datos cuando exista una previsión legal que obligue a su conservación, en cuyo caso deberán ser devueltos a la persona responsable, que garantizará su conservación mientras tal obligación persista.
c) Tendrá la consideración de persona encargada del tratamiento quien en su propio nombre y sin que conste que actúa por cuenta de otra persona, establezca relaciones con las personas afectadas aun cuando exista un contrato o acto jurídico con el contenido fijado en el artículo 28.3 del Reglamento (UE) 2016/679. Esta previsión no será aplicable a los encargos de tratamiento efectuados en el marco de la legislación de contratación del sector público. Tendrá asimismo la consideración de persona encargada del tratamiento quien, figurando como responsable, utilizase los datos para sus propias finalidades.
d) La persona encargada del tratamiento podrá conservar, debidamente bloqueados, los datos en tanto pudieran derivarse responsabilidades de su relación con la persona responsable del tratamiento.

101. En el Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria, de mayo de 2003, elaborado por la Comisión de Documentación Clínica, se propone a la Dirección de Asistencia Sanitaria de Osakidetza un procedimiento concreto de acceso a la historia clínica que, respetando la legislación vigente, se pueda aplicar en los hospitales de Osakidetza/Servicio vasco de salud. ¿Qué legislación NO está incluida en el Objetivo de la propuesta?

a) Ley General de Sanidad
b) Ley de protección de datos de carácter personal
c) Convenio de Oviedo
d) Todas están incluidas

102. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones NO es un principio básico extraído de la legislación vigente en el momento de elaboración del Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria, de mayo de 2003, elaborado por la Comisión de Documentación Clínica?

a) El derecho al acceso de la persona paciente a la documentación de su historia clínica no puede ejercitarse en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en ella recogidos en interés terapéutico de la persona paciente, ni en perjuicio del derecho del personal profesional participante en la elaboración, que puede oponer al derecho de acceso la reserva de sus observaciones, apreciaciones o anotaciones subjetivas

b) La persona paciente, o la persona autorizada por ella, tiene derecho al acceso a la documentación de la historia clínica.
c) Toda persona que elabore o tenga acceso a la información y a la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.
d) Todas son correctas.

103. En el Procedimiento de acceso a la documentación clínica hospitalaria, de mayo de 2003, elaborado por la Comisión de Documentación Clínica, se establecen unas consideraciones respecto al derecho a la información. ¿Cuál de las siguientes NO está incluida en dicha relación?

a) El acceso a la historia por parte de personal relacionado con la gestión del centro, personal inspector sanitario, personal investigador, personal facultativo médico ajeno al centro, aseguradoras, la judicatura y demás personas, necesita un procedimiento específico.
b) Como norma general, la información se dará verbalmente.
c) Es el personal médico responsable de la persona paciente el que garantiza este derecho.
d) También serán informadas las personas vinculadas a la persona enferma, por razones familiares o de hecho, en la medida que la persona paciente lo permita de manera expresa o tácita.

104. En el procedimiento de acceso a los documentos de la historia clínica, si la persona solicitante no es la propia persona paciente ni cuenta con su autorización escrita, y la persona paciente es mayor de edad, pero se encuentra incapacitada para autorizar por escrito debido a disminución física o psíquica, solo se facilitará el acceso a familiares en primer grado (cónyuges, personas progenitoras o hijas/os) o a su representante legal. ¿Cuál de los siguientes documentos NO es válido en el procedimiento de solicitud para acreditar la identidad de la persona paciente?

a) Libro de familia
b) DNI original
c) Pasaporte
d) Carnet de conducir

105. ¿Cuál de los siguientes derechos NO está recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica?

a) Derecho a la información asistencial.
b) Derecho a la intimidad.
c) Derecho a la autonomía de la persona paciente.
d) Derecho a la información epidemiológica.

106. El artículo 13 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica establece, respecto al derecho a la información para la elección de personal facultativo médico y de centro, que las personas usuarias y pacientes del Sistema Nacional de Salud tendrán derecho a la información previa correspondiente para elegir médico o médica, e igualmente centro, con arreglo a los términos y condiciones que establezcan los servicios de salud competentes:

a) Tanto en la atención primaria como en la especializada.
b) En la atención especializada.
c) En la atención primaria, y sólo en caso de enfermedad grave en la atención especializada.
d) En la atención primaria.

107. Señale el tipo documental que NO será exigible en la cumplimentación de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización, o cuando así se disponga, según lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

a) El informe de quirófano o de registro del parto.
b) El informe de anatomía patológica.
c) La evolución y planificación de cuidados de enfermería.
d) El gráfico de constantes.

108. Respecto a la conservación de la documentación clínica, según lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, los datos de la historia clínica relacionados con el nacimiento de la persona paciente, incluidos los resultados de las pruebas biométricas, médicas o analíticas que en su caso resulten necesarias para determinar el vínculo de filiación con la madre:

a) No se destruirán hasta el fallecimiento de la madre.
b) No se destruirán.
c) Se destruirán a los 30 años desde el fallecimiento de la madre.
d) Se destruirán pasados 20 años desde el fallecimiento de la madre.

109. ¿En qué plazo entró en vigor la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, a partir del día siguiente al de su publicación en el Boletín Oficial del Estado?

a) Al año
b) A los tres meses
c) Al mes
d) A los seis meses



110. Según lo dispuesto en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la gestión de la historia clínica por los centros con personas hospitalizadas, o por los que atiendan a un número suficiente de pacientes bajo cualquier otra modalidad asistencial, según el criterio de los servicios de salud, se realizará a través de:

a) La unidad de admisión y documentación clínica.
b) El Servicio de Atención a Pacientes y personas Usuarias.
c) El servicio de archivo y documentación clínica.
d) Todas son correctas.

111. La Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, establece que el soporte en el que cada centro archivará las historias clínicas de sus pacientes, de manera que queden garantizadas su seguridad, su correcta conservación y la recuperación de la información, será:

a) Solo en papel.
b) Papel o electrónico, siempre que se garantice la autenticidad, integridad, seguridad y conservación del contenido.
c) Cualquiera, ya sea soporte papel, audiovisual, informático o de otro tipo.
d) El que determinen el Estado y las Comunidades Autónomas, dentro del ámbito de sus respectivas competencias.

112. El Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria y la creación del registro de Altas Hospitalarias de Euskadi se regula en:

a) La Ley 7/1981, de 30 de junio
b) El Decreto 303/1992, de 3 de noviembre
c) El Decreto 69/1991, de 13 de marzo
d) La Orden de 3 de septiembre de 2010, del Consejero de Sanidad y Consumo

113. Conforme a lo previsto en el artículo 83 de la Ley General de Sanidad, en la disposición adicional 22 del texto refundido de la Ley General de Seguridad Social, aprobado por el Real Decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, en el artículo 2.7 del presente real decreto, y demás disposiciones que resulten de aplicación, los servicios públicos de salud reclamarán a las terceras partes obligadas al pago el importe de las atenciones o prestaciones sanitarias facilitadas directamente a las personas, EXCEPTUANDO:

a) La prestación ortoprotésica.
b) Las prestaciones con productos dietéticos.
c) Todas son reclamables.
d) La rehabilitación.



114. Conforme a lo previsto en el Anexo IX del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en el supuesto de ciudadanía extranjera, cuyo importe ha de reclamarse a las terceras partes obligadas al pago, afecta a todas las partes señaladas EXCEPTO:

a) Personas aseguradas o beneficiarias de otros países extranjeros, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los convenios bilaterales en materia de Seguridad Social suscritos por España.
b) Personas aseguradas o beneficiarias de Suiza, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.
c) Personas aseguradas o beneficiarias en un Estado miembro de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo, no residentes en España, en los supuestos y condiciones establecidos en los Reglamentos Comunitarios en materia de Seguridad Social.
d) Todas son correctas.

115. Los centros sanitarios de la Comunidad Autónoma del País Vasco deberán desarrollar un Manual de uso de la historia clínica. ¿Cuál de los siguientes extremos NO está recogido expresamente entre los que debe recoger dicho Manual?

a) Confidencialidad de la historia clínica.
b) Plazos de conservación y criterios de expurgo.
c) Medidas de seguridad.
d) Responsabilidades de su conservación y utilización.

116. Según el artículo 30 del Decreto 38/2012, ¿cuál es una obligación general de los y las profesionales sanitarias respecto a la historia clínica?

a) Guardar el secreto derivado de su actuación profesional o de aquella información a la que tengan acceso.
b) Informar, de forma verdadera, comprensible y adecuada a las necesidades de la persona paciente, sobre la finalidad y naturaleza de cada intervención sanitaria, sus riesgos y consecuencias, dejando constancia de ello en la historia clínica.
c) Formalizar por escrito su trabajo a efectos de su reflejo en la historia clínica, que tenderá a ser compartida entre las y los profesionales, centros y niveles asistenciales.
d) Gestionar y custodiar la documentación clínica que guarden cuando desarrollen su actividad de manera individual.

117. En cuanto al documento de interconsulta regulado en el artículo 9 del Decreto 38/2012, ¿qué requisito adicional es exigible específicamente en la interconsulta urgente frente a la ordinaria?

a) Deberá ir firmada por la persona titular de la jefatura de servicio consultado además de la persona facultativa responsable.
b) Deberán contener la fecha de solicitud y la de realización, así como la identificación de la persona facultativa solicitante y de la persona consultada.



c) Deberán contener la fecha de solicitud y la de realización además de la identificación de la persona facultativa solicitante.
d) Deberá contener las horas de la solicitud y de realización.

118. El Decreto 38/2012, en su artículo 7.3, establece que determinada información deberá quedar claramente identificada respecto al resto de la historia clínica para facilitar su disociación cuando ésta sea precisa. ¿Cuál de los siguientes supuestos NO está contemplado expresamente en dicho artículo?

a) Las anotaciones subjetivas de las y los profesionales que intervengan en el proceso asistencial.
b) Los datos relativos a enfermedades de declaración obligatoria.
c) La sospecha de malos tratos.
d) Los datos que afecten a la intimidad de las personas.

119. De acuerdo con el artículo 19 del Decreto 38/2012, ¿cuál es el plazo mínimo general de conservación de la documentación clínica y desde qué momento se computa?

a) Cinco años a contar desde la fecha del alta de cada episodio asistencial.
b) Diez años desde la fecha de la última asistencia prestada a la persona paciente.
c) Diez años a contar desde la fecha del alta de cada episodio asistencial.
d) Treinta años a contar desde la fecha del alta de cada episodio asistencial.

120. El Decreto 38/2012, en su artículo 21, regula dos supuestos específicos de destrucción de la documentación clínica vinculados al tiempo. ¿Cuál de las siguientes combinaciones es la correcta?

a) Destrucción transcurridos 5 años tras el fallecimiento de la persona paciente, y sin movimientos durante 15 años.
b) Destrucción transcurridos 15 años tras el fallecimiento de la persona paciente, y sin movimientos durante 10 años.
c) Destrucción transcurridos 10 años tras el fallecimiento de la persona paciente, y sin movimientos durante 15 años.
d) Destrucción transcurridos 5 años tras el fallecimiento de la persona paciente, y sin movimientos durante 10 años.

121. El Decreto 38/2012, en su artículo 27, regula el ejercicio del derecho de cancelación de datos de la historia clínica por parte de la persona paciente. ¿Cuál es el acto jurídico inmediato que produce el ejercicio de dicho derecho?

a) El bloqueo de los datos, consistente en la identificación y reserva con el fin de impedir su tratamiento excepto para la atención de las posibles responsabilidades.
b) La anotación en la historia clínica de la voluntad de la persona paciente, sin que los datos sean retirados hasta tener el conocimiento y la autorización de la COVSEDOC.
c) El bloqueo de los datos, indicando a qué datos se refiere y la corrección que haya de realizarse, y deberá ir acompañada de la documentación justificativa de lo solicitado.
d) La supresión física e inmediata de los datos indicados por e la persona paciente, sin posibilidad de recuperación posterior.

122. El artículo 1.e del Decreto 175/1989 reconoce el derecho a asegurar la confidencialidad de la historia clínica. ¿En qué términos exactos se establece la excepción a dicha confidencialidad?

a) La Historia Clínica podrá ser utilizada para fines distintos a la asistencia siempre que la persona paciente no se oponga expresamente.
b) La Historia Clínica podrá ser utilizada para fines distintos a los asistenciales únicamente mediante resolución judicial.
c) La Historia Clínica podrá ser utilizada para fines docentes y de investigación, con o sin consentimiento de la persona paciente, siempre que se garantice el anonimato.
d) La Historia Clínica no podrá ser utilizada para otro fin que no sea la investigación sanitaria anónima y la evaluación de la calidad de los servicios, salvo consentimiento expreso de la persona paciente.

123. Según el decreto 303/1992, ¿cuál es el órgano competente del Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco para llevar, entre otras funciones, la llevanza y tutela del Registro de Altas Hospitalarias de Euskadi?

a) La Dirección de Información, Docencia e Investigación Sanitaria.
b) La Dirección de Asistencia Sanitaria.
c) La Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria.
d) La Secretaría General del Departamento de Sanidad.

124. Cuando se define el formato y la estructura de los códigos de CIE-10-ES Procedimientos, se establece que todos los códigos tienen una longitud determinada. La quinta posición especifica el abordaje utilizado para alcanzar o acceder al lugar en el que se realiza el procedimiento. En la sección Médico-Quirúrgica hay:

a) Cinco tipos diferentes de abordaje.
b) Seis tipos diferentes de abordaje.
c) Siete tipos diferentes de abordaje.
d) Ocho tipos diferentes de abordaje.

125. Señale la respuesta FALSA respecto a la Orden de 20 de diciembre de 1994, del Consejero de Sanidad, por la que se establece un nuevo calendario para la incorporación de las variables del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria:

a) A partir del 1 de enero de 1995, todos los hospitales del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza estarán obligados a la remisión de las variables Código E y Otros procedimientos relevantes.
b) Los hospitales de titularidad privada estarán obligados a la remisión de la variable Código E a partir del 1 de enero de 1996.
c) La remisión de las variables Ocupación y Tiempo de gestación, así como Otros procedimientos relevantes, en el caso de los hospitales privados, queda aplazada hasta la implantación de sistemas de información adecuados y a un estudio de viabilidad, que se realizará anualmente.
d) La remisión de las variables Ocupación, Código E, Otros procedimientos relevantes y Tiempo de gestación previstos en el artículo 3º se deberá producir progresivamente

en función de la adecuación de los sistemas de recogida de datos hospitalarios y su posterior validación, y en todo caso con posterioridad al 1 de enero de 1995.

126. El Decreto 303/1992, en su artículo 3, establece, literalmente, que en el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria deberán constar las siguientes variables, señale la respuesta FALSA:

a) Ocupación
b) Fecha de alta
c) Fecha de ingreso
d) Circunstancia de la admisión

127. ¿Cuál es la diferencia en el número de variables que incorporan al Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria la Orden de 3 de septiembre de 2010 respecto a las que se establecen en el Decreto 303/1992 de 3 de noviembre?

a) 12
b) 13
c) 14
d) 15

128. ¿Cuántos Tipos de contactos se definen en el artículo 4 de la orden de 13 de octubre de 2015, del Consejero de Salud, por la que se incorporan nuevas variables al Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria y se establece el calendario de su incorporación a las actividades de Atención Sanitaria Especializada?

a) 5
b) 6
c) 7
d) 8
e)

129. ¿Cuántas modalidades de atención asistencial se definen en el artículo 2 de la Orden de 13 de octubre de 2015, del Consejero de Salud, por la que se incorporan nuevas variables al Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria y se establece el calendario de su incorporación a las actividades de Atención Sanitaria Especializada?

a) 4
b) 5
c) 6
d) 7

130. Señale el dato que no integrará el registro CMBD-AE según lo establecido en la Orden de 13 de octubre de 2015, del Consejero de Salud, por la que se incorporan nuevas variables al Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria y se establece el calendario de su incorporación a las actividades de Atención Sanitaria Especializada:

a) Marcador POA de los diagnósticos secundarios.
b) Dispositivo de continuidad asistencial.
c) Pasaporte.
d) Códigos de localización de las neoplasias.

131. En el caso de una persona paciente programada para la modalidad asistencial de cirugía ambulatoria cuyo ingreso hospitalario termine siendo motivado por una complicación, este ingreso se deberá registrar como:

a) Episodio independiente.
b) Episodio de urgencias.
c) Episodio ambulatorio.
d) Episodio de cirugía ambulatoria.

132. Una vez formalizada la solicitud especificando la información que se solicita y de qué episodio asistencial se trata, la información debe de ser entregada a la persona paciente antes de:

a) Un día
b) Una semana
c) 15 días
d) Un mes

133. El acceso a la información contenida en la historia clínica únicamente está permitido:

a) A todo el personal de la institución sanitaria independientemente de la categoría profesional, al tipo de datos y al lugar o puesto de trabajo en relación con los procesos asistenciales realizados.
b) Al personal autorizado, quedando reseña de su identidad, así como hora y día de la consulta y parte de la historia consultada.
c) Únicamente al personal médico que ha tratado y diagnosticado a la persona paciente.
d) En ningún caso podrán acceder profesionales de otros centros.

134. Tras el fallecimiento de la persona paciente, se podrá destruir toda su documentación clínica:

a) Inmediatamente
b) Una vez transcurrido 1 año
c) Una vez transcurridos 5 años
d) Una vez transcurridos 10 años

135. Los derechos de rectificación, cancelación y oposición de la historia clínica pueden ser solicitados por:

a) El personal médico.
b) El personal de enfermería.
c) La persona paciente.
d) La Comisión Deontológica del centro.

136. Existe exención de asignación de número de Historia Clínica:

a) En pacientes con carácter privado sin tarjeta de Osakidetza.
b) Personas ingresadas en los hospitales desde los servicios de urgencias.
c) Población recién nacida no patológica.
d) Pacientes procedentes de centros penitenciarios

137. La persona responsable del archivo de documentación clínica y quienes intervengan en cualquiera de las actividades de gestión de este estarán sujetas al deber de secreto profesional:

a) Hasta que finalice su relación laboral con la institución.
b) Cuando finalice su relación jurídica con la institución.
c) Únicamente en lo referente a datos clínicos.
d) Siempre y sobre todos los datos de la historia clínica

138. El periodo de conservación de la documentación clínica generada en los servicios de medicina nuclear y radioterapia es de:

a) 5 años
b) 10 años
c) 30 años
d) Indefinidamente

139. Indique la respuesta que NO es correcta. Según el Decreto 38/2012, la COVSEDOC (Comisión de Valoración, Selección, y Expurgo de Documentación Clínica), está integrada por:

a) Dos personas representantes del Departamento de Sanidad y Consumo.
b) Dos personas representantes de la Organización Central de Osakidetza.
c) Tres personas representantes de la sanidad privada del País Vasco.
d) Dos personas representantes de los hospitales dependientes de Osakidetza.

140. Según el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, sobre la historia clínica y derechos y obligaciones de pacientes y profesionales de la salud en materia de documentación clínica, el consentimiento informado deberá recabarse por escrito:

a) En intervenciones quirúrgicas.
b) En procedimientos diagnósticos no invasivos.
c) En procedimientos terapéuticos no invasivos.



d) En todas las anteriores

141. El fin principal de la historia clínica según el Decreto 38/2012, de 13 de marzo, es:

a) Servir de soporte legal frente a posibles reclamaciones.
b) Facilitar la asistencia sanitaria y garantizar que sea adecuada.
c) Favorecer los procesos de calidad asistencial.
d) Permitir el análisis estadístico de la gestión sanitaria.

142. El derecho por parte de la persona paciente a su historia clínica:

a) Puede verse limitado por un interés terapéutico establecido por el personal médico.
b) Obliga a la entrega de la historia clínica original.
c) Sólo afecta al resumen preceptivo de la historia clínica.
d) Sólo afecta a los informes, no al material iconográfico.

143. La historia clínica deberá incluir los siguientes datos:

a) Información suficiente para identificar a la persona paciente.
b) Planificación de cuidados.
c) Datos sociales que sean pertinentes para la asistencia sanitaria.
d) Los tres anteriores.

144. La cumplimentación de la historia clínica:

a) Es un deber de las y los profesionales sanitarios que intervengan en ella.
b) Deberán constar tanto las acciones de todos los equipos asistenciales sin individualizar, y todas prescripciones realizadas.
c) La sospecha de malos tratos no debe reflejarse en la historia clínica.
d) Tiene como obligatoriedad el soporte electrónico.

145. El documento de informe clínico de alta debe contener, como mínimo, la identificación de:

a) Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, sexo, número de historia clínica.
b) Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, sexo, número de historia clínica y domicilio de la persona paciente.
c) Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, número de historia clínica y domicilio de la persona paciente.
d) Nombre, apellidos, fecha de nacimiento, sexo, raza, número de historia clínica y domicilio de la persona paciente.

146. La historia clínica es un instrumento destinado, fundamentalmente, a garantizar una asistencia adecuada a la persona paciente, de conformidad con lo dispuesto en el artículo:

a) 18 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.



b) 18 del Decreto 272/1986, de 25 de noviembre.
c) 16 de la Ley 41/2002, de 14 de noviembre.
d) 16 del Decreto 272/1986, de 25 de noviembre.

147. En caso de fallecimiento del personal profesional sanitario con ejercicio individual:

a) Las personas herederas se subrogan en la obligación de conservación durante 25 años.
b) Las personas herederas se subrogan en las obligaciones de custodia y conservación.
c) Las personas herederas se subrogan en la obligación de entregarlas a las personas pacientes o herederas de pacientes que han fallecido.
d) Las personas herederas deben entregar las historias al Ministerio de Sanidad.

148. La Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica, estará integrada, entre otras, por las siguientes personas:

a) Cuatro personas representantes de la sanidad privada del País Vasco.
b) Dos personas representantes de la sanidad privada del País Vasco, una de las cuales debe ser licenciada en medicina.
c) Dos personas representantes de los hospitales dependientes de Osakidetza-Servicio vasco de Salud.
d) Una persona representante de atención primaria dependiente de Osakidetza-Servicio vasco de Salud.

149. Procedimiento de acceso por personal sanitario con finalidad distinta a la asistencial:

a) El personal sanitario encargado de la gestión no tendrá acceso a la historia clínica.
b) El acceso se realizará conforme a los procedimientos previstos en el artículo 15 del decreto 38/2012, de 13 de marzo y no requerirá el consentimiento previo de las personas afectadas.
c) La Administración sanitaria y sus correspondientes agentes en el ejercicio de la función de inspección no tendrá acceso a la historia clínica.
d) A las compañías de aseguramiento privado únicamente se les podrá facilitar aquellos datos de la historia clínica imprescindibles a efectos de facturación y la investigación de dolo.

150. La Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica corresponde a:

a) Ley 29/2002, de 30 de diciembre
b) Ley 16/2003, de 28 de mayo
c) Ley 41/2002, de 14 de noviembre
d) Ley 16/2002, de 1 de julio



151. Según la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, las siguientes afirmaciones son ciertas EXCEPTO:

a) Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de las personas pacientes o usuarias.
b) La persona paciente o usuaria tiene derecho a decidir libremente, después de recibir la información adecuada, entre las opciones clínicas disponibles.
c) Toda persona paciente o usuaria tiene, sin excepciones, el derecho de negarse al tratamiento. Su negativa al tratamiento podrá ser verbal o por escrito.
d) La persona que elabore o tenga acceso a la información y la documentación clínica está obligada a guardar la reserva debida.

152. ¿Quién es titular del derecho a la información asistencial?

a) La persona titular del derecho a la información es la persona paciente y las personas vinculadas a ella.
b) La persona paciente será informada, incluso en caso de incapacidad, en modo adecuado a sus capacidades.
c) Las personas vinculadas a la persona paciente serán informadas, en cualquier caso.
d) Cuando la persona paciente, según el criterio del personal médico que le asiste, carezca de capacidad para entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se reflejará en la historia clínica y se pondrá en conocimiento del juzgado de guardia.

153. La persona facultativa proporcionará a la persona paciente, antes de recabar su consentimiento escrito, la información básica siguiente:

a) Las consecuencias relevantes o de importancia que la intervención origina con seguridad.
b) Los riesgos relacionados con las circunstancias personales o profesionales d la persona paciente.
c) Los riesgos probables en condiciones normales, conforme a la experiencia y al estado de la ciencia o directamente relacionados con el tipo de intervención.
d) Todas las anteriores son ciertas.

154. Según la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el contenido mínimo de la historia clínica cuando se trate de procesos de hospitalización o así se disponga, será el siguiente:

a) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística. La autorización de ingreso. El informe de urgencia. La anamnesis y la exploración física. La evolución. Las órdenes médicas. La hoja de interconsulta. Los informes de exploraciones complementarias. El consentimiento informado. El informe de anestesia. El informe de quirófano o de registro del parto. El informe de anatomía patológica. La evolución y planificación de cuidados de enfermería. La aplicación terapéutica de enfermería.
b) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística. La autorización de ingreso. El informe de urgencia. La anamnesis y la exploración física. La evolución. Las

órdenes médicas. La hoja de interconsulta. Los informes de exploraciones complementarias. El consentimiento informado. El informe de anestesia. El informe de quirófano o de registro del parto. El informe de anatomía patológica. La evolución y planificación de cuidados de enfermería. La aplicación terapéutica de enfermería. El gráfico de constantes. El informe clínico de alta.

c) La documentación relativa a la hoja clínico-estadística. El informe de urgencia. La anamnesis y la exploración física. La evolución. Las órdenes médicas. La hoja de interconsulta. Los informes de exploraciones complementarias. El consentimiento informado. El informe de anestesia. El informe de quirófano o de registro del parto. El informe de anatomía patológica. La evolución y planificación de cuidados de enfermería. La aplicación terapéutica de enfermería. El gráfico de constantes. El informe clínico de alta.
d) El informe de urgencia. La anamnesis y la exploración física. La evolución. Las órdenes médicas. La hoja de interconsulta. Los informes de exploraciones complementarias. El consentimiento informado. El informe de anestesia. El informe de quirófano o de registro del parto. El informe de anatomía patológica. La evolución y planificación de cuidados de enfermería. La aplicación terapéutica de enfermería. El gráfico de constantes. El informe clínico de alta.

155. En la conservación de la documentación clínica es FALSO que:

a) El personal sanitario tiene el deber de cooperar en la creación y el mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial de las personas pacientes.
b) Los centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica como mínimo cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
c) El personal profesional y centros sanitarios tienen la obligación de conservar la documentación clínica en las mismas condiciones del soporte original.
d) El personal sanitario que desarrolle su actividad de manera individual es responsable de la gestión y de la custodia de la documentación asistencial que genera.

156. Entre las obligaciones de las y los profesionales están:

a) El deber de cumplimentar los protocolos que exclusivamente guarden relación con los procesos clínicos en los que intervienen.
b) La persona profesional médica responsable tiene a su cargo coordinar la información y la asistencia sanitaria de la persona paciente o usuaria, con el carácter de interlocución principal en todo lo referente a su atención e información durante el proceso asistencial.
c) Todo personal médico responsable tiene el deber y la obligación de facilitar los certificados acreditativos correspondientes a la salud de la persona paciente a sus personas allegadas.
d) Todo personal médico responsable tiene el deber y la obligación de facilitar información a las personas vinculadas a la persona paciente por razones familiares o de hecho.



157. En relación con el derecho de acceso a la historia clínica es FALSO que:

a) El derecho de acceso de la persona paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.
b) Los centros sanitarios y el personal facultativo de ejercicio individual sólo facilitarán el acceso a la historia clínica de las personas pacientes fallecidas a las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, salvo que la persona fallecida lo hubiese prohibido expresamente y así se acredite.
c) Los centros sanitarios y el personal facultativo de ejercicio individual facilitarán el acceso a una tercera parte a la historia clínica completa de la persona fallecida, cuando exista riesgo para su salud.
d) No se facilitará información que afecte a la intimidad de la persona fallecida ni a las anotaciones subjetivas de las y los profesionales, ni que perjudique a terceras partes.

158. En la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

a) La persona paciente tiene derecho, sin solicitud previa, a que los centros sanitarios le entreguen su historia clínica completa en el momento del alta del proceso hospitalario.
b) Toda persona paciente, familiar o persona vinculada a ella, en su caso, tendrá el derecho a recibir del centro o servicio sanitario, una vez finalizado el proceso asistencial, un informe de alta con los contenidos mínimos que determina el artículo 3 de la Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
c) La persona paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento durante 5 años.
d) De otra parte, esta Ley, a pesar de que fija básicamente su atención en el establecimiento y ordenación del sistema sanitario desde un punto de vista organizativo, dedica a esta cuestión diversas previsiones, sin tener en cuenta la voluntad de humanización de los servicios sanitarios, delegando el desarrollo de los mismos a las Comunidades Autónomas.

159. Según el Decreto 147/2015 sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, los niños y las niñas y las personas adolescentes darán su consentimiento para intervenciones cuando se trate de:

a) Mayores de 12 años.
b) Mayores de 18 años.
c) Mayores de 16 años o personas menores emancipadas.
d) Las personas menores de 12 años serán escuchadas aun cuando el consentimiento lo preste quien ostente su representación legal.

160. El Decreto 147/2015 sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi hace referencia a contravalores que deben evitarse en la relación asistencial. Señale la opción correcta:

a) Ineficiencia.
b) Excesiva medicalización.

c) Insolidaridad.
d) Las tres respuestas son correctas.

161. El Decreto 147/2015 sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi establece que los derechos y obligaciones establecidos son exigibles a las acciones que se desarrollen en centros:

a) Públicos exclusivamente.
b) Públicos y privados.
c) De titularidad pública o concertados que integran el sistema sanitario de Euskadi.
d) Públicos, concertados y privados.

162. Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, en el derecho de las personas a solicitar la prestación de ayuda para morir y requisitos para su ejercicio, se ha de tener en cuenta que:

a) Esta Ley se dicta al amparo del artículo 149.1. 1.ª y 16.ª de la Constitución Española.
b) En los procedimientos regulados en esta Ley, se garantizará la adopción de las medidas pertinentes para proporcionar acceso a las personas con discapacidad.
c) Se reconoce el derecho de toda persona que cumpla los requisitos previstos en esta Ley a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir.
d) Las tres opciones previas son ciertas.

163. Según la Ley 2/2010, el sistema educativo incorpora la formación en salud sexual y reproductiva para:

a) Asegurar una educación no apoyada en valores religiosos.
b) Promover una visión de la sexualidad en términos de igualdad y corresponsabilidad.
c) Para reducir la natalidad.
d) Para aumentar la natalidad.

164. La objeción de conciencia del personal profesional sanitario a la práctica de la interrupción voluntaria del embarazo debe realizarse:

a) Una semana antes de la intervención.
b) El personal profesional sanitario no tiene derecho a negarse a realizar esa práctica.
c) Comunicándolo a la persona paciente para que se la derive a otra persona profesional.
d) Debe manifestarse con antelación y por escrito.

165. ¿Cómo se reflexiona y establece la estrategia en el Modelo de Gestión Avanzada?

a) Identificando información clave sobre el relevo generacional y el talento que se va a requerir.
b) Definiendo una estructura organizativa por áreas y procesos.
c) Planificando los recursos financieros.
d) Planificando actuaciones para aprovechar las oportunidades y que permitan afrontar los posibles riesgos.

166. ¿Cómo se revisa la estrategia establecida en el Modelo de Gestión Avanzada?

a) Mediante encuestas a las personas pacientes.
b) Mediante encuestas al personal sanitario y otros actores relevantes en Osakidetza.
c) Utilizando los indicadores que permitan hacer un seguimiento continuo de los planes y resultados logrados en la organización.
d) Asegurando la coherencia de las políticas de calidad de los diferentes servicios.

167. Los resultados que permiten evaluar el logro del propósito de la organización a largo plazo según el Modelo de Gestión Avanzada son:

a) Resultados operativos.
b) Resultados financieros.
c) Resultados de calidad.
d) Resultados estratégicos.

168. El talento que aporta valor crítico a la organización, según el Modelo de Gestión Avanzada es importante como:

a) Un resultado estratégico en personas.
b) Un resultado estratégico en la cartera de clientes.
c) Un resultado estratégico en sociedad.
d) Un resultado no estratégico que puede dificultar la igualdad de oportunidades.

169. La conciliación de la vida personal y laboral, según el Modelo de Gestión Avanzada es un indicador que mide:

a) Los resultados estratégicos en personas.
b) Los resultados estratégicos en innovación.
c) Los resultados estratégicos laborales.
d) El grado de aceptación de las reivindicaciones de los sindicatos.

170. Las inversiones en I+D, en tecnología y en transformación digital, según el Modelo de Gestión Avanzada, es un indicador que mide:

a) El prestigio y reputación de una organización.
b) Los resultados económicos y financieros.
c) El peso de la investigación de la organización.
d) Los resultados estratégicos en innovación.

171. En el Modelo de Gestión Avanzada se conoce como ASG a:

a) Asesoramiento y servicios a gestores.
b) Asociaciones sociocomunitarias del gobierno.
c) Actividades ambientales, sociales o de gobernanza.
d) Programa para asesorar en el cumplimiento de los ODS.



172. Las mejoras conseguidas en eficiencia energética y uso del agua, en el Modelo de Gestión Avanzada, son:

a) Resultados estratégicos en innovación.
b) Resultados estratégicos en sociedad y medioambiente.
c) Resultados económicos relacionados con el control de costes.
d) Resultados estratégicos de los programas de calidad.

173. El marco estratégico 2021-2024 del Departamento de Salud del Gobierno Vasco contempla 2 razones fundamentales. Señale la respuesta que identifica esas dos razones fundamentales:

a) Salud en todas las políticas, y una salud sin desigualdades y más cercana al servicio de las personas.
b) Salud como objetivo transversal en todos los ámbitos de la vida, y una salud sin desigualdades y más cercana al servicio de las personas.
c) Salud como objetivo transversal, y una salud que responda a las necesidades actuales y a nuevas realidades futuras.
d) Salud presente en todas las políticas, y salud dando las mejores respuestas a las necesidades de las personas.

174. Señale, entre las siguientes repuestas, cuál NO es un elemento instrumental del marco estratégico 2021-2024 del Departamento de Salud del Gobierno Vasco:

a) I+D+i
b) Gobernanza
c) Salud Pública
d) Salud Mental

175. Con respecto al derecho de la persona paciente al acceso a la documentación de la historia clínica y a obtener copia de los datos que figuran en ella, señale la afirmación que es FALSA:

a) Dicho derecho comprende la posibilidad de obtener información disponible sobre el origen de sus datos de carácter personal y las comunicaciones realizadas o previstas sobre los mismos, así como si están siendo objeto de tratamiento y con qué finalidad.
b) Dicho derecho puede ejercitarse aún en perjuicio del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos que constan en la historia clínica, ya que están recogidos en interés terapéutico de la persona paciente.
c) Dicho derecho excluye el acceso a datos que deban limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica, del que el médico o la médica dejará constancia en la historia clínica.
d) Dicho derecho no puede ejercitarse en perjuicio de los y las profesionales participantes en su elaboración, quienes pueden oponer el derecho de acceso a la reserva de anotaciones subjetivas.



176. Con respecto al proceso de conservación y de expurgo y destrucción de la documentación clínica, señale la afirmación que es correcta:

a) Se podrá destruir toda la documentación clínica de acuerdo con lo que establece el Decreto 38/2012 una vez transcurridos 15 años tras el fallecimiento de la persona paciente.
b) La documentación clínica generada deberá conservarse durante un periodo mínimo de cinco años a contar desde la fecha del alta de cada episodio asistencial, salvo que exista normativa específica que establezca periodos de conservación superiores a los establecidos en el Decreto 38/2012, pudiendo destruirse una vez trascurridos los plazos legales de conservación todos los tipos documentales.
c) Se podrá destruir la historia clínica que haya permanecido sin movimientos durante 10 años, de acuerdo con lo que se establece en el Decreto 38/2012.
d) Los procesos de expurgo, incluida en su caso la destrucción de la documentación clínica, deberán ser previamente autorizados por la Comisión de Valoración, Selección y Expurgo de Documentación Clínica (COVSEDOC), elevando a tal fin los centros sanitarios una propuesta de expurgo de conformidad con las instrucciones que se aprueben a tal efecto.

177. El Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos señala, además de tres atributos fundamentales, otras características importantes. ¿Cuál NO es una de ellas?

a) Terminología estandarizada dentro del sistema de codificación.
b) Nivel de especificidad estandarizado.
c) Ausencia de información diagnóstica.
d) Ausencia de opciones de codificación "no clasificable bajo otro concepto" (NCOC).

178. Señale cuál de los siguientes NO es un atributo estructural fundamental de la nueva clasificación del Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos:

a) Estructura multiaxial
b) Exhaustividad
c) Escalabilidad
d) Expansibilidad

179. Si a la hora de codificar un diagnóstico o un procedimiento, quien codifica observara una discrepancia en la normativa publicada por diferentes organismos, la normativa válida de aplicación en el Sistema Nacional de Salud es:

a) La recogida en el Manual de Codificación CIE-10-ES y en los cuadernos de codificación publicados por el ministerio.
b) La que marque el ICD-10 Coordination and Maintenance Committee (C&M).
c) La que venga recogida en el Manual de Codificación. CIE-10-ES Diagnósticos.
d) La que marcará la resolución de la Unidad Técnica de Codificación tras analizar la consulta.

180. Para formar parte de la Unidad Técnica de Codificación, uno de los requisitos imprescindibles es:

a) Experiencia en codificación clínica del CMBD de al menos 10 años.
b) Experiencia en la coordinación de equipos de codificación clínica, y en evaluaciones del CMBD realizadas por organismos oficiales.
c) Experiencia suficiente en codificación clínica.
d) Todas ellas.

181. Respecto a la estructura, la CIE-10-ES Diagnósticos se compone de:

a) El Índice Alfabético de Enfermedades (IAE)
b) La lista tabular de Enfermedades (LT)
c) Ninguna de ellas
d) a) y b) son correctas

182. La CIE-10-ES Diagnósticos tiene dos tipos de notas Excluye. Cada una de ellas tiene una definición y un uso diferente, pero ambas son similares en la manera de indicar que los códigos excluidos en cada una de las notas son independientes entre sí. La nota Excluye 2 significa:

a) No codificar aquí
b) No incluido aquí
c) No aplica aquí
d) No añadir aquí

183. El CIE-10-ES Diagnósticos es un sistema de clasificación alfanumérico. ¿De cuántos caracteres constan las categorías?

a) Las categorías constan de tres caracteres.
b) Las categorías constan de cuatro caracteres.
c) Las categorías constan de cinco caracteres.
d) Las categorías constan de siete caracteres.

184. El Manual de Codificación CIE-10-ES Procedimientos, 5a edición, establece un formato y estructura de los códigos de procedimiento con una longitud determinada de caracteres con valores alfanuméricos. Cada uno de estos caracteres ocupa una posición que representa un aspecto concreto del procedimiento realizado. ¿Qué indica la posición tercera?

a) La sección
b) El tipo de procedimiento
c) El sistema orgánico
d) La localización anatómica



185. Según el manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos, los paréntesis se utilizan, entre otras cuestiones, para:

a) Incluir sinónimos, palabras alternativas o frases explicativas en la lista tabular.
b) La identificación de códigos de manifestación.
c) Tanto en el índice alfabético como en la lista tabular, incluir palabras complementarias que pueden estar presentes o ausentes en la expresión que describe una enfermedad o procedimiento sin afectar al código asignado.
d) Identificar en el índice alfabético cuando existe otro término principal que también puede ser consultado y que puede proporcionar información más específica.

186. La instrucción "Nota" del índice alfabético de enfermedades en el manual de Codificación CIE-10-ES Diagnósticos:

a) Indica que es necesario dirigirse a otro término principal más específico, pues el elegido no aporta información suficiente sobre el código a asignar.
b) Esta instrucción o nota envía directamente a una categoría o subcategoría. Antes de la asignación de cualquier código deben seguirse las instrucciones existentes en dicha categoría o subcategoría.
c) Indica que existe otro término principal que también puede ser consultado y que puede proporcionar información más específica.
d) Proporciona información adicional sobre el contenido del término principal, modificadores esenciales o instrucciones que se deben tener en cuenta en el proceso general de la codificación clínica con esta clasificación.

187. El Índice Alfabético de Enfermedades (IAE) es un listado de términos ordenados alfabéticamente con sus códigos correspondientes, señale lo que NO contiene:

a) Tabla de Neoplasias.
b) Índice de Enfermedades no clasificables.
c) Índice de Causas Externas.
d) Tabla de Fármacos y Productos Químicos.

188. La codificación de la historia clínica:

a) Consiste en la encriptación de los datos incluidos en la historia clínica.
b) Impide la entrada de personas no autorizadas para su consulta.
c) Es una determinada notación susceptible de ser entendida por el ordenador
d) Solamente se aplica a datos clínico-asistenciales no a los administrativos.

189. ¿Qué número de caracteres que tiene un código diagnóstico de la CIE-10-ES?

a) 7 siempre
b) 5 siempre
c) De 3 a 7
d) De 6 a 7

190. Señale la FALSA. El CMBD recoge:

a) Estancia media.
b) Reingreso en menos de 15 días.
c) Complicaciones asociadas al ingreso.
d) Alta de servicio médico o quirúrgico.

191. Respecto al CMBD, con qué frecuencia esta información, registrada en cada centro hospitalario, es enviada al Ministerio de Sanidad y Consumo:

a) Semestral
b) Diaria, de forma continua
c) Mensual
d) Anual

192. Según Manual de Codificación CIE—DIAGNÓSTICOS, ¿se podría poner el mismo código diagnóstico más de una vez en el mismo episodio de hospitalización?

a) Nunca.
b) Cuando la afección es bilateral y no existe código de bilateralidad.
c) Cuando el lado no está especificado.
d) Siempre hay que ponerlo dos veces cuando es bilateral.

193. Según Manual de Codificación, ¿cuántos caracteres tienen los códigos CIE-10-PROCEDIMIENTOS?

a) 3
b) 5
c) 7
d) 4

194. Según Manual de Codificación CIE-10-PROCEDIMIENTOS, ¿cuál de las siguientes definiciones de ESCISIÓN es correcta?

a) Eliminar o cortar sin sustituir una estructura anatómica completa.
b) Eliminar o cortar sin sustituir parte de una estructura anatómica.
c) Erradicar total o parcialmente una estructura mediante el uso directo de energía, fuerza o agente destructivo.
d) Extirpar o eliminar una sustancia sólida de una estructura anatómica.

195. ¿Cuál es la legislación por la que se regula el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del Alta Hospitalaria y se crea el registro de Altas Hospitalarias de Euskadi?

a) Decreto del Gobierno Vasco 272/1986
b) Decreto 1360/1976
c) Ley del Parlamento Vasco 4/1986
d) Decreto 303/1992

196. En relación a la legislación del CMBD del País Vasco, identifique la respuesta no correcta:

a) Se entiende por Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria el documento de ordenación administrativa comprensible del conjunto nuclear de información anónima concerniente al alta hospitalaria, contenida en la Historia Clínica.
b) La utilización de dicha información para fines de planificación, evaluación y estadística sanitaria se enmarca dentro de lo dispuesto en los artículos 3 y 7 del Decreto 272/1986, de 25 de noviembre.
c) Todos los Centros Hospitalarios públicos radicados en la Comunidad Autónoma del País Vasco, quedan obligados a garantizar la elaboración y posterior comunicación del Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria al Registro que a tal efecto se crea en el Departamento de Sanidad del Gobierno Vasco.
d) En el Conjunto Mínimo Básico de Datos del Alta Hospitalaria deberán constar, entre otras, las siguientes variables: -Código del centro hospitalario, -Número de registro de ingreso, -Número de historia clínica.

197. En lo referente a la Codificación CIE-10-Diagnósticos. Señale la respuesta correcta:

a) Los códigos están compuestos por una letra en la primera posición seguida de números y letras.
b) Los códigos están compuestos por un número en primera posición seguido de letras.
c) Los códigos están compuestos por dos letras en la primera posición seguida de dos números.
d) Ninguna de las respuestas es correcta.

198. ¿A qué se asigna un GRD?

a) A una intervención quirúrgica.
b) A una persona paciente que acude a un hospital.
c) A un alta hospitalaria.
d) A una prueba de radiología.

199. Un GRD tiene un valor mayor si:

a) Se necesitan menos recursos para atender una patología concreta
b) Se necesitan más recursos para atender una patología concreta.
c) El hospital tiene un mayor Índice de Estancia Media Ajustada.
d) El hospital tiene más camas.

200. En lo referente al sistema de Codificación CIE-10, es correcto que:

a) La CIE es uno de los sistemas europeos que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país y entre distintos países.

b) La CIE es uno de los sistemas universales que permite la producción de estadísticas sobre mortalidad y morbilidad que son comparables en el tiempo entre unidades o regiones de un mismo país.
c) La CIE-10-ES integra dos clasificaciones, la de diagnósticos que corresponde a la modificación clínica estadounidense de la CIE10 (ICD10CM) y un sistema de clasificación de procedimientos, traducidas y validadas por el Ministerio en colaboración con expertos de Comunidades Autónomas y Sociedades Científicas.
d) La CIE-10-ES integra dos clasificaciones, la de diagnósticos que corresponde a la modificación clínica estadounidense de la CIE10 (ICD10CM) y un sistema de clasificación de tratamientos, las cuales fueron traducidas y validadas por el Ministerio en colaboración con expertos de Comunidades Autónomas y Sociedades Científicas.

201. La política de Seguridad de la Información se aplicará:

a) Al personal interviniente en la prestación de los servicios electrónicos que ofrece Osakidetza de forma directa solamente al personal de Osakidetza.
b) Al personal interviniente en la prestación de los servicios electrónicos que ofrece Osakidetza tanto directa como indirectamente al personal de Osakidetza.
c) Independientemente de que sean personal de Osakidetza o personal externo a la organización.
d) b y c son correctas.

202. De acuerdo a la política de Seguridad de la Información, ¿quién determinará los requisitos de seguridad de la información tratada?

a) La persona responsable del servicio.
b) La persona responsable de la información.
c) La persona responsable de seguridad.
d) Ninguno de ellos

203. Según la política de Seguridad de la Información en Osakidetza, ¿quién se encargará de desarrollar la forma concreta de implementar la seguridad en el sistema y de la supervisión de la operación diaria del mismo?

a) La persona responsable de seguridad.
b) La persona responsable de información.
c) La persona responsable del servicio.
d) La persona responsable del sistema.

204. Según la política de Seguridad de la Información en Osakidetza, el rol de responsable de la información lo desempeñarán:

a) Las personas titulares de la Dirección General y de las Direcciones de División o personas en quien deleguen.
b) Las personas titulares de las Subdirecciones corporativas de Asesoría Jurídica, de la Dirección de Asistencia Sanitaria o personas en quien deleguen.



c) La persona titular de la Subdirección de Informática y Sistemas de Información de Osakidetza.
d) Ninguna de las anteriores.

205. Según la política de Seguridad de la Información en Osakidetza, ¿quién se encargará de llevar a cabo los procesos de seguridad en el ámbito de su área?

a) La persona responsable de la seguridad.
b) Las personas responsables de los sistemas.
c) Las personas responsables de los servicios.
d) Las personas responsables de la información.

206. El órgano colegiado que dirige, gestiona, coordina, establece y aprueba las actuaciones en materia de seguridad se denomina:

a) Comisión de Información
b) Comité de Información
c) Comisión de Seguridad de la Información y de Protección de Datos Personales
d) Ninguno de los anteriores
e)

207. ¿Qué número de sesiones por año tiene previstas la Comisión de Seguridad de la Información y de Protección de Datos Personales?

a) 4
b) 12
c) 3
d) 2

208. Señale la respuesta incorrecta en referencia a la composición por niveles del marco documental de la Política de la Seguridad de la Información en Osakidetza:

a) Primer nivel: la propia política de seguridad de la información de los Servicios Electrónicos de Osakidetza.
b) Segundo nivel: Procedimientos generales.
c) Cuarto nivel: Guías y manuales.
d) Son falsas a y b.

209. La política de Seguridad de la Información será aprobada por:

a) La persona responsable de Seguridad de la Información.
b) La persona responsable de Sistemas.
c) La Dirección General de Osakidetza.
d) El consejo de Administración de Osakidetza a propuesta de la Comisión de Seguridad de la Información y de Protección de Datos Personales.



210. La información clasificada como Reservada / Restringida:

a) Está disponible para personas usuarias autorizadas, y su pérdida, corrupción o publicación no autorizada podría causar alguna pérdida financiera o consecuencia legal a Osakidetza o a nivel individual.
b) Está disponible para personas usuarias con acceso restringido, y su pérdida, corrupción o publicación no autorizada causaría un daño grave o muy grave a la reputación de Osakidetza, a sus funciones, o produciría pérdidas financieras o consecuencias legales graves o muy graves.
c) Está disponible para personas usuarias autorizadas, y su pérdida o corrupción sólo causaría disfunciones en la operativa cotidiana.
d) Ninguna es correcta.

211. ¿La Carpeta de Salud permite acceder a informes médicos?

a) No
b) Sí, informes clínicos disponibles
c) Solo informes de urgencias
d) Solo recetas

212. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se reconocen como categorías especiales de datos los referentes a:

a) Ideología, afiliación sindical.
b) Datos socio-laborales.
c) Situación económica y patrimonio.
d) Todos los anteriores.

213. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, el tratamiento de los datos personales de una persona menor de edad únicamente podrá fundarse en su consentimiento cuando sea mayor de:

a) 16 años
b) 12 años
c) 14 años
d) 18 años

214. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se considerará repetitivo el derecho de acceso, salvo que exista causa legítima para ello, si se hace:

a) En más de una ocasión durante 1 año.
b) En más de una ocasión durante el plazo de 6 meses.
c) En más de 3 ocasiones al año.
d) En más de diez ocasiones al mes.



215. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, tendrá la consideración de responsable del tratamiento:

a) Quien en su propio nombre y sin que conste que actúa por cuenta de otra persona, establezca relaciones con las partes afectadas aun cuando exista un contrato o acto jurídico con el contenido fijado en el reglamento UE 2016/679.
b) Quien, figurando como persona encargada, utilizase los datos para sus propias finalidades.
c) a) y b) son correctas.
d) Ninguna es correcta.

216. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, los centros sanitarios legalmente obligados al mantenimiento de las historias clínicas de las personas pacientes deben designar una persona delegada de protección de datos, salvo en la siguiente EXCEPCIÓN:

a) Colegios oficiales de la profesión médica.
b) Centros docentes y universidades.
c) Profesionales de la salud que, aun con la obligación legal de mantener las historias clínicas de las personas pacientes, ejerzan su actividad a título individual.
d) Entidades aseguradoras.

217. Según la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos personales y garantía de los derechos digitales, están sujetos al régimen sancionador:

a) Las personas responsables de los tratamientos.
b) Las personas encargadas de los tratamientos.
c) La persona delegada de protección de datos.
d) a) y b) son correctas.

218. NO forma parte de las fases que integran el proceso de gestión de riesgos la:

a) Determinación de las responsabilidades del personal sanitario.
b) Identificación del riesgo a través de diferentes fuentes de información.
c) Planificación e implementación de las acciones de mejora.
d) Evaluación y seguimiento de las acciones de mejora implantadas.

219. ¿Cómo se denomina a los efectos que los eventos adversos producen sobre la organización sanitaria?

a) Primeras víctimas
b) Segundas víctimas
c) Terceras víctimas
d) Cuartas víctimas

220. Según el SiNASP publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad 2016, los incidentes de seguridad más notificados son los relacionados con:

a) La identificación de la persona paciente.
b) La medicación.
c) Las notificaciones en atención primaria.
d) Pruebas diagnósticas.

221. ¿Cuál de las siguientes aseveraciones sobre la implicación de las personas pacientes se recoge en el Decreto 78/2016, de 17 de mayo?

a) Solo las personas profesionales pueden notificar incidentes sin daño.
b) Las personas usuarias únicamente podrán notificar incidentes con daño.
c) Cualquier persona, sea profesional o usuaria del centro sanitario, pueda notificar incidentes sin daño.
d) Únicamente y tras estudio del caso, la jefatura del servicio implicado puede notificar incidentes sin daño.

222. ¿Cuál es la causa más frecuente de errores en el manejo de la medicación de las personas pacientes?

a) Edad avanzada de las personas pacientes.
b) Alteraciones cognitivas de las personas pacientes.
c) Transiciones asistenciales.
d) Periodos vacacionales.

223. Del análisis de actividad del Sistema de Hemovigilancia de la Comunidad Autónoma Vasca se demuestra que el mayor número de incidencias "casi incidentes" sobre la seguridad transfusional están relacionados con:

a) Virus
b) Bacterias
c) Parásitos
d) La extracción de las muestras o identificación de la persona paciente.

224. A través de la Carpeta de Salud se podrá (señale la incorrecta):

a) Ver el nivel de exposición a radiaciones de pruebas radiológicas (TAC).
b) Incorporar informes externos a Osakidetza en formato Word.
c) Acceder a la carpeta de terceras personas tras la solicitud correspondiente.
d) Enviar dudas a profesionales.

225. ¿Se pueden renovar recetas en la Carpeta de Salud?

a) No
b) Solo presencialmente.
c) Sí, de forma electrónica.
d) Solo en farmacia.

226. ¿Qué NO podrás realizar a través de la Carpeta de Salud?

a) Visualizar de forma rápida la actividad reciente o pendiente.
b) Ver tus datos de filiación.
c) Consultar y descargar tus evolutivos.
d) Visualizar el Documento de Voluntades Anticipadas en caso de tenerlo realizado.

227. Osakidetza pone a disposición la Carpeta de Salud, como herramienta digital de información en la que consultar, interactuar y enriquecer su historia clínica, a las personas mayores de:

a) 12 años
b) 14 años
c) 16 años
d) 18 años

228. Se podrá otorgar el Documento de Voluntades Anticipadas (señale la FALSA):

a) Ante tres testigos mayores de edad con parentesco de segundo grado.
b) Ante la persona encargada del registro.
c) Ante tres testigos mayores de edad con parentesco de primer grado.
d) A y C son falsas.

229. La anonimización de datos implica:

a) Que pueden reidentificarse fácilmente.
b) Eliminación de toda posibilidad de identificación.
c) Sustitución por código reversible.
d) Uso exclusivo sanitario.

230. El acceso a la historia clínica con fines judiciales:

a) Es libre.
b) Requiere autorización.
c) Está prohibido.
d) Solo lo permite la persona paciente.

231. La cesión de datos sanitarios:

a) Siempre requiere consentimiento.
b) Nunca lo requiere.
c) Depende del supuesto legal.
d) Solo entre hospitales.

232. El derecho a no recibir información:

a) Nunca existe



b) Es absoluto
c) Tiene límites
d) Obliga a no tratar

233. El principio de beneficencia puede entrar en conflicto directo con:

a) Justicia
b) Autonomía
c) No maleficencia
d) Confidencialidad

234. El principio de justicia se refiere a:

a) Decisiones clínicas.
b) Reparto equitativo de recursos.
c) Relación entre el personal médico y la persona paciente.
d) Confidencialidad.

235. En caso de conflicto entre autonomía y beneficencia:

a) Siempre prevalece beneficencia.
b) Siempre prevalece autonomía.
c) Depende del caso concreto.
d) Decide la judicatura.

236. La eutanasia activa:

a) Es lo mismo que sedación paliativa.
b) Busca aliviar sufrimiento sin acortar vida.
c) Implica provocar la muerte.
d) Es obligatoria.

237. El concepto de dignidad en bioética implica:

a) Valor social
b) Valor intrínseco de la persona
c) Capacidad productiva
d) Nivel cultural

238. La objeción de conciencia:

a) Es absoluta
b) No existe
c) Tiene límites
d) Obliga a abandonar a la persona paciente



239. ¿Cuándo es necesario el consentimiento explícito en sanidad?

a) Siempre
b) Nunca
c) En situaciones no cubiertas por interés público sanitario.
d) Solo en urgencias

240. ¿En qué plazo debe notificarse una brecha de seguridad?

a) 7 días
b) 72 horas
c) 1 mes
d) No es necesario

241. El ámbito de la aplicación de la Ley Orgánica 3/2021 que regula la eutanasia, incluye como ámbito de aplicación:

a) Centros sanitarios públicos, privados o concertados
b) Domicilio
c) Residencias de personas mayores y discapacitadas
d) Todos los anteriores

242. Según la Ley Orgánica 3/2021 que regula la eutanasia, el personal médico responsable podrá ser:

a) La médica o el médico de familia de la persona solicitante.
b) Personal facultativo médico del ámbito hospitalario.
c) Va ser la persona solicitante, decidiendo a quién le confía su voluntad de solicitar la eutanasia, la que finalmente determine quién va a ser el médico o la médica responsable.
d) Cualquiera de las anteriores.

243. Según la Ley Orgánica 3/2021 que regula la eutanasia, el personal médico consultor:

a) Pertenece al mismo equipo del médico o de la médica responsable.
b) Deberá ser el personal médico responsable quien lo elija en cada caso.
c) Puede no tener formación en el ámbito de las patologías que padece la persona paciente.
d) Todas son falsas.

244. Según la Ley Orgánica 3/2021 que regula la eutanasia, la Comisión de Garantía y Evaluación (señale la falsa):

a) Es un órgano de naturaleza administrativa y multidisciplinar.
b) Está creado por orden del Parlamento Vasco.
c) Está compuesto por personal sanitario.
d) Garantizará la seguridad clínica y jurídica del proceso.

245. Según la Ley Orgánica 3/2021 que regula la eutanasia, la Comisión de Garantía y Evaluación tendrá un mínimo de:

a) 5 personas
b) 10 personas
c) 7 personas
d) No tiene un número definido de componentes.

246. Según la Ley Orgánica 3/2021 que regula la eutanasia, ¿en qué plazo máximo resolverá la Comisión de Garantía y Evaluación las reclamaciones que tengan lugar durante el proceso?

a) 30 días naturales
b) 30 días hábiles
c) 20 días naturales
d) 90 días naturales

247. Según la Ley Orgánica 3/2021 que regula la eutanasia, ¿en qué plazo máximo verificará la Comisión de Garantía y Evaluación si la prestación de ayuda para morir se ha realizado de acuerdo con los procedimientos previstos en la ley?

a) Un mes
b) Quince días
c) Dos meses
d) 10 días

248. Hombre de 68 años, consciente y orientado, rechaza una intervención quirúrgica necesaria tras recibir información completa. La familia insiste en que se le opere "por su bien". El paciente firma documento de rechazo. ¿Qué principio prevalece?:

a) Beneficencia
b) Autonomía
c) Justicia
d) No maleficencia

249. La Ley Orgánica que regula la eutanasia es:

a) Ley Orgánica 4/2022
b) Ley Orgánica 3/2021
c) Ley Orgánica 2/2020
d) Ninguna de las anteriores

250. Según la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, la autorización final para que pueda realizarse la eutanasia la otorga:

a) El personal médico responsable de la persona paciente
b) La Comisión de Garantía y Evaluación
c) La gerencia del área sanitaria correspondiente

d) Ninguna de las anteriores

251. Según la Ley Orgánica de regulación de la eutanasia, las modalidades de prestación de la ayuda para morir son:

a) Eutanasia
b) Suicidio médicamente asistido
c) Sedación paliativa
d) a y b son correctas

252. De acuerdo con la Ley de eutanasia, ¿está permitido el suicidio medicamente asistido?

a) No
b) Si, en las mismas situaciones de enfermedad y padecimiento previstas en la eutanasia, pero sin incluir la posibilidad de elegir el último momento del proceso por parte de la persona paciente.
c) Si, en las mismas situaciones de enfermedad y padecimiento previstas en la eutanasia, pero incluyendo la posibilidad de elegir el último momento del proceso por parte de la persona paciente.
d) Ninguna es correcta.

253. La familia de la persona paciente ha de ser informada:

a) Siempre.
b) Ante la incapacidad de la persona paciente, aunque esta se haya expresado en sentido contrario.
c) En la medida que la persona paciente lo permita de manera expresa o tácita.
d) Sin dejar constancia en la historia clínica.

254. La información a la persona paciente puede verse limitada:

a) Por necesidad terapéutica.
b) En los servicios de urgencia.
c) Nunca.
d) Si se informa a las personas familiares.

255. La renuncia de la persona paciente a recibir información está limitada por:

a) El interés de la salud de la propia persona paciente.
b) El interés de la salud de la colectividad.
c) Por las exigencias terapéuticas del caso.
d) En todos los casos anteriores.



256. Cuando la persona paciente manifieste expresamente la renuncia a recibir información sobre su enfermedad:

a) Sera necesario obtener su consentimiento informado previo para una intervención.
b) No es preciso obtener el consentimiento previo para una intervención, haciendo constar su renuncia a recibir información documentalmente.
c) Habrá de solicitarse el consentimiento a sus familiares.
d) Habrá de solicitarse el consentimiento a sus representantes legales.

257. Según la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, toda persona que se encuentre en el proceso del final de su vida:

a) Tiene derecho a rechazar la intervención propuesta, a pesar de que esto pueda poner en riesgo su vida.
b) Tiene derecho a revocar libremente y de manera verbal el consentimiento informado dado con anterioridad.
c) La negativa a recibir una intervención o tratamiento, o la decisión de interrumpirlo, supondrá interrumpir todo tipo de tratamiento.
d) Tiene la obligación de otorgar instrucciones previas mediante la correspondiente declaración de voluntades anticipadas.

258. En lo referente al alcance y ámbito de aplicación de la Ley autonómica que regula la garantía de derechos y de dignidad de las personas al final de la vida, identifique la respuesta NO correcta:

a) La Ley es de aplicación en la Comunidad Autónoma del País Vasco a todas aquellas personas que, en el proceso del final de su vida, sean asistidas por el sistema vasco de salud y el sistema vasco de servicios sociales.
b) La Ley será de aplicación a todas las personas responsables de la toma de decisiones relacionadas con dicho proceso, así como al personal asistencial y sanitario implicado en la asistencia a estas personas.
c) La Ley es de aplicación a los centros y organizaciones públicos que en Euskadi ofrecen servicios no relacionados con dicha asistencia.
d) La Ley es de aplicación a las entidades aseguradoras o mutualidades que, en relación con el objeto de la presente ley, ofrezcan sus servicios en la Comunidad Autónoma del País Vasco.

259. Según la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia, señale la opción INCORRECTA:

a) La prestación de la ayuda para morir se realizará en centros sanitarios públicos, privados o concertados, pero no en domicilios.
b) No podrán intervenir en ninguno de los equipos profesionales quienes incurran en conflicto de intereses ni quienes resulten beneficiados de la práctica de la eutanasia.
c) El rechazo o la negativa a realizar la citada prestación por razones de conciencia es una decisión individual del personal profesional sanitario directamente implicado en su realización.
d) El rechazo o la negativa deberá manifestarse anticipadamente y por escrito.



260. Según David Renz y William Eddy, toda infraestructura ética:

a) Debe adoptar una perspectiva amplia y a largo plazo.
b) Debe abarcar todas las posibles clases y categorías de problemas éticos, bien sean individuales, de colectivos profesionales o de toda la institución.
c) Debe implicar a todos los niveles de la organización, incluyendo al equipo directivo, al personal sanitario, a las personas pacientes y sus familias, y a quien represente a la comunidad.
d) a, b y c son ciertas.

261. Según la Ley Orgánica 3/2021 de regulación de la eutanasia, una vez recibida la comunicación del médico o médica responsable, quien ostente la presidencia de la Comisión de Garantía y Evaluación designará, en el plazo máximo de dos días, a las siguientes personas con el objeto de verificar si concurren los requisitos y condiciones establecidos para el correcto ejercicio del derecho a solicitar y recibir la prestación de ayuda para morir:

a) Un o una profesional de la sanidad y un o una jurista.
b) Un o una profesional de la sanidad.
c) Un o una profesional de la medicina y un o una jurista.
d) Un o una profesional de la medicina, un o una profesional de enfermería y un o una jurista.

262. La Ley 11/2016 de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso del final de su vida establece que, cuando una persona menor de edad no sea capaz ni intelectual ni emocionalmente de comprender el alcance de la intervención, el consentimiento será otorgado por su representante legal, tras haber escuchado a la persona menor si esta tiene:

a) 10 años cumplidos
b) 12 años cumplidos
c) 14 años cumplidos
d) 16 años cumplidos

263. Señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA con respecto al derecho a la información sanitaria definido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica:

a) La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará a la persona paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades, y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.
b) Toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada.
c) El personal médico responsable de la persona paciente será el único que garantice el cumplimiento de su derecho a la información, de tal manera que otros u otras profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto podrán no ser responsables de informarle.

d) El derecho a la información sanitaria de las personas pacientes puede limitarse por la existencia acreditada de un estado de necesidad terapéutica en la que el personal médico tendrá la facultad de actuar profesionalmente sin informar antes a la persona paciente cuando por razones objetivas el conocimiento de su propia situación pueda perjudicar su salud de manera grave.

264. Señale cuál de los siguientes NO es un principio básico de la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de derechos y dignidad de las personas en el momento final de su vida:

a) Garantizar el respeto a la dignidad de la persona en el proceso del final de su vida.
b) Atender igualmente a aspectos prácticos relativos a dicho proceso, como la ubicación del lugar elegido por el o la paciente para recibir la atención.
c) Garantizar la igualdad y la no discriminación de las personas en el proceso del final de su vida a la hora de recibir servicios del ámbito social o sanitario.
d) Derecho de las personas que se encuentren en el proceso de final de su vida a que se cuide su intimidad personal a fin de que todos los datos relativos a la asistencia sanitaria gocen de protección.

265. En relación al respeto de la autonomía de la persona paciente y el consentimiento informado, señale cuál de las siguientes afirmaciones es FALSA:

a) Toda actuación en el ámbito de la salud de una persona paciente necesita el consentimiento libre y voluntario de la persona afectada una vez que, recibida toda la información disponible sobre su salud, haya valorado las opciones propias del caso.
b) El consentimiento será verbal por regla general, si bien se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud de la persona paciente.
c) Cuando la persona paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informada, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente, sin necesidad, en este caso, de la obtención de su consentimiento previo para la intervención.
d) La persona paciente puede revocar libremente por escrito su consentimiento en cualquier momento.

266. La persona paciente solicita copia completa de su historia clínica. ¿Tiene derecho?:

a) No
b) Sí, con límites
c) Solo parcia.
d) Solo judicial

267. ¿Cuál es la base legal del límite de acceso a datos de terceras personas en la historia clínica?:

a) Solo RGPD



b) Solo normativa autonómica
c) Normativa estatal y europea
d) Ninguna

268. Paciente terminal con sufrimiento refractario solicita sedación paliativa. La actuación correcta sería:

a) Denegar
b) Aplicar si indicado
c) Eutanasia directa
d) Alta hospitalaria

269. El derecho a la intimidad física de la persona paciente:

a) Puede limitarse por razones docentes sin condiciones.
b) Requiere consentimiento implícito siempre.
c) Exige respeto incluso en presencia de estudiantes, salvo consentimiento.
d) No se aplica en urgencias.

270. El derecho a la confidencialidad:

a) Solo afecta a datos clínicos.
b) Incluye cualquier información relacionada con la salud.
c) No afecta al personal administrativo.
d) Puede ignorarse en docencia.

271. Sobre el derecho a elegir profesional sanitario/a:

a) Es completamente libre sin limitaciones.
b) Está condicionado por la organización y disponibilidad.
c) Solo existe en atención especializada.
d) No está reconocido.

272. El decreto que recoge la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi es el:

a) 147/2015, de 12 noviembre
b) 132/2011, de 16 de octubre
c) 147/2015, de 21 de julio
d) 132/2011, de 21 de julio

273. En el ámbito de la Comunidad Autónoma de Euskadi, ¿cuándo se procedió por primera vez a regular esta materia mediante la aprobación de la Carta de Derechos y Obligaciones de los pacientes y usuarios de Osakidetza?

a) Ley 3/2005, de 18 febrero
b) Decreto 175/1989, de 18 de julio



c) Ley 8/1997, de 26 de junio
d) Ley 33/2011, de 4 de octubre

274. Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, ¿en qué capítulo se especifican los deberes?

a) Sexto
b) Segundo
c) Tercero
d) Cuarto

275. Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, los principios que informan e inspiran el conjunto de acciones de carácter sanitario que se desarrollen en el sistema sanitario de Euskadi son: (señale la incorrecta):

a) El respeto al libre desarrollo de la personalidad y de los diferentes proyectos de vida.
b) La responsabilidad y la participación de las personas en la gestión de su salud.
c) La solidaridad y la equidad en el acceso, en el uso y la calidad de los servicios sanitarios.
d) Todas las anteriores.

276. Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, se configuran las siguientes fases de la vida en las que se concretan necesidades específicas (señale la INCORRECTA):

a) Infancia y adolescencia
b) Salud sexual y reproductiva
c) Final de la vida
d) Menopausia

277. Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, se identifican los siguientes colectivos vulnerables:

a) Personas con trastorno mental
b) Personas con cáncer
c) Personas con discapacidad
d) Personas transexuales

278. Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, la función de Comunicar a la dirección del centro sanitario la posible comisión de hechos o conductas que supongan el incumplimiento de los derechos y deberes de las personas usuarias corresponde a:

a) Servicios de Admisión
b) Servicios de Atención a Pacientes y personas Usuarias
c) Dirección asistencial



d) Gerencia

279. Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, el deber de poner en conocimiento de las personas responsables de las instituciones sanitarias las irregularidades que se observen en el funcionamiento de los centros y servicios está recogido en el:

a) Artículo 15 del Capítulo III
b) Artículo 16 del Capítulo III
c) Artículo 2 del Capítulo II
d) Artículo 14 del Capítulo III

280. Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, la norma se estructura en:

a) Cuatro capítulos, además de una disposición adicional, una disposición transitoria, una disposición derogatoria y tres disposiciones finales.
b) Cinco capítulos, una disposición adicional, una transitoria, una derogatoria y cuatro finales.
c) Seis capítulos, dos disposiciones adicionales, una transitoria, una derogatoria y tres finales.
d) Cinco capítulos, una disposición adicional, una transitoria, dos derogatorias y dos finales.

281. Según el Decreto 147/2015, de 21 de julio, sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, la obtención de una segunda opinión médica se regula en el decreto:

a) 123/2008, de 1 de julio
b) 149/2007, de 18 de septiembre
c) 114/2012, de 26 de junio
d) 67/2003, de 18 de marzo

282. ¿Qué decreto recoge la normalización del uso del euskera en Osakidetza?

a) 4/2005, de 18 de febrero
b) 38/2012, de 13 de marzo
c) Ninguno de los anteriores
d) 67/2003, de 18 de marzo

283. Funciones de los Servicios de Atención a Pacientes y personas Usuarias:

a) Tutelar por el cumplimiento de los derechos y deberes exclusivamente de personas usuarias del sistema sanitario de Euskadi.
b) Colaborar con los equipos asistenciales en la información complementaria que puedan precisar las personas usuarias y pacientes para la correcta cumplimentación de los documentos de consentimiento informado.



c) Comunicar a la dirección del centro, a la persona paciente implicada y familiares, de la posible comisión de hechos o conductas que supongan el incumplimiento de los derechos y deberes de las personas usuarias.
d) Formular en todos los temas propuestas de mediación en personas usuarias menores de edad

284. ¿Tienen las personas usuarias el derecho a exigir una consulta presencial inmediata con su médico o médica conforme al Decreto 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la declaración sobre derechos y deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi? Indicar la única respuesta que NO es correcta:

a) El citado decreto NO establece explícitamente el derecho de la persona paciente a la consulta presencial inmediata.
b) El citado Decreto establece el principio de universalidad de la asistencia sanitaria y el acceso a los servicios asistenciales disponibles en condiciones de igualdad efectiva.
c) El citado Decreto SÍ establece explícitamente el derecho de la persona paciente a la consulta presencial inmediata en la atención primaria.
d) El citado Decreto reconoce el derecho de la persona paciente a acceder y obtener las prestaciones sanitarias que correspondan, en las condiciones legalmente establecidas, a fin de proteger, conservar o restablecer el estado de salud.

285. Según el Decreto 147/2005 sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, se identifican los siguientes grupos vulnerables. Señale la opción INCORRECTA:

a) Personas con trastorno mental.
b) Víctimas de maltrato y desamparo.
c) Personas homosexuales.
d) Personas excluidas o en riesgo de exclusión social.

286. ¿Qué factor se identifica como causa de necesidades insatisfechas en la experiencia de la persona paciente?

a) Sobreabundancia de formación en autocuidado.
b) Exceso de vías sistematizadas de participación.
c) Demasiada coordinación asistencial.
d) Sistemas de atención fragmentados y atención no centrada en la persona paciente.

287. ¿Cuál de las siguientes consecuencias se asocia a la participación de la persona paciente?

a) Menor adherencia terapéutica.
b) Sustitución del autocuidado.
c) Aumento de la frecuentación innecesaria.
d) Disminución de la frecuentación innecesaria.

288. Según el Decreto 147/2015 sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi, en la relación asistencial se han desarrollado nuevos valores como:

a) Autonomía, sostenibilidad, seguridad clínica.
b) Protección de los más vulnerables.
c) Las respuestas a) y b) son correctas.
d) Igualdad efectiva, solidaridad, caridad.

289. ¿Qué sistema se utiliza para obtener datos demográficos en Euskadi?

a) OMS
b) Eustat (Instituto Vasco de Estadística) OCDE
c) INEM
d) SNS

290. ¿Qué tipo de información se recoge en la Encuesta de Salud de Euskadi (ESCAV)?

a) Información sobre salud y prevalencia de enfermedades.
b) Solo datos económicos
c) Datos industriales
d) Datos climáticos

291. ¿Qué papel deben desempeñar los sistemas de información en el sistema sanitario vasco?

a) Apoyar la toma de decisiones en salud.
b) Sustituir los sistemas estadísticos tradicionales.
c) Ordenar el acceso a datos clínicos.
d) Centralizar exclusivamente la actividad hospitalaria.

292. En el Plan de Salud Euskadi 2030, los sistemas de información se relacionan directamente con la identificación de:

a) Costes hospitalarios
b) Gasto farmacéutico por hospital
c) Desigualdades en salud
d) Número de consultas hospitalarias

293. ¿Qué sistema se identifica como el que aporta una visión integral de la información de la persona paciente en todos los niveles asistenciales?:

a) Osabide Global
b) Osanaia
c) PADI
d) TAONET



294. ¿Para qué se plantea integrar sistemas como Osabide AP, Osabide Global y Osanaia?

a) Para sustituir todos los formularios clínicos por encuestas.
b) Para separar la atención sanitaria de la sociosanitaria.
c) Para limitar el uso de herramientas digitales en enfermería.
d) Para promover la continuidad asistencial bajo un mismo proceso.

295. ¿Qué deben permitir las herramientas de explotación de la información en el ámbito asistencial?

a) Solo el almacenamiento de documentos.
b) La toma de decisiones clínicas y de gestión, y el desarrollo de indicadores válidos y fiables.
c) Exclusivamente el control económico.
d) Únicamente la emisión de recetas.

296. Los sistemas de información de salud pública deben incluir información sobre:

a) Actividad farmacéutica.
b) Únicamente mortalidad hospitalaria.
c) Determinantes de la salud.
d) Prevalencia de enfermedades.

297. Los sistemas de información sanitaria deben permitir principalmente:

a) Sustituir gestión clínica.
b) Monitorizar resultados en salud de la población.
c) Predecir número de consultas.
d) Incrementar actividad hospitalaria.

298. En las Directrices y Especificaciones Técnicas (DET), la función de la capa de presentación es:

a) Presentar información y validar formato/campos, sin lógica de negocio.
b) Gestionar transacciones con la base de datos.
c) Gestionar políticas de backup.
d) Coordinar hilos de concurrencia.

299. El grado de contribución individual de la persona profesional es evaluado por:

a) Mando directo.
b) Comité de evaluación.
c) Dirección médica.
d) Recursos humanos.



300. Cuando se evalúan los resultados del equipo:

a) Solo se evalúa a enfermería.
b) Todas las personas integrantes reciben la misma puntuación.
c) Solo se evalúa a la persona que está al mando.
d) Solo se evalúa a personal facultativo médico.

301. Los indicadores del sistema se organizan en:

a) Familias de indicadores
b) Grupos administrativos
c) Categorías profesionales
d) Áreas económicas

302. Los datos para evaluar el desempeño profesional se obtienen de:

a) Documentación personal
b) Informes sindicales
c) Herramientas informáticas corporativas
d) Auditorías externas

303. Las tablas del análisis de coherencia muestran resultados por:

a) Plantillas
b) Pacientes
c) Servicios administrativos
d) Factores o subfactores

304. El análisis de coherencia permite a la línea de mando:

a) Determinar promociones.
b) Evaluar méritos curriculares.
c) Analizar formación.
d) Comparar resultados entre el personal colaborador evaluado.

305. ¿Para quién está pensado el uso del cuadro de mando en términos de rendición de cuentas?

a) Profesionales de la sanidad
b) Cargos políticos
c) Empresas privadas
d) La ciudadanía

306. El cuadro de mando, o sistema de indicadores de resultados, es un instrumento que complementa:

a) Los presupuestos de Osakidetza.



b) Las evaluaciones temáticas.
c) El control del cumplimiento laboral.
d) Los resultados de los determinantes de la salud.

307. Un sistema de indicadores sanitarios debe estar compuesto preferentemente por:

a) Un conjunto limitado de indicadores que proporcionen información esencial.
b) Indicadores económicos prioritariamente.
c) Indicadores exclusivamente clínicos.
d) Indicadores derivados de encuestas.

308. En el modelo conceptual de indicadores sanitarios, la equidad se considera:

a) Un dominio.
b) Una dimensión.
c) Un eje vertical del modelo.
d) Un indicador.

309. La eficiencia dentro del modelo conceptual de indicadores se entiende como:

a) Eje transversal.
b) Dimensión sanitaria.
c) Indicador económico.
d) Dominio de análisis.

310. La reproducibilidad de un indicador implica que:

a) Puede obtenerse con distintos métodos.
b) Puede compararse entre países.
c) Produce resultados consistentes al aplicarse el mismo método.
d) Puede calcularse automáticamente.

311. La factibilidad de un indicador sanitario se refiere a:

a) Su relevancia política.
b) Su impacto sanitario.
c) La disponibilidad de datos para medirlo.
d) Su capacidad predictiva.

312. La sostenibilidad de un indicador implica:

a) Utilización clínica.
b) Interpretación sencilla.
c) Bajo coste de cálculo.
d) Posibilidad de estimación continuada en el tiempo.

313. La desagregación de indicadores permite:

a) Reducir costes.
b) Reducir el número de indicadores.
c) Comparar hospitales.
d) Analizar desigualdades en salud.

314. El modelo conceptual de indicadores sanitarios integra:

a) Variables clínicas exclusivamente.
b) Datos hospitalarios.
c) Factores sociales y sanitarios.
d) Información administrativa.

315. La desagregación socioeconómica de los indicadores puede realizarse mediante variables como:

a) Nivel de renta y ocupación.
b) Edad, sexo y territorio.
c) Educación y territorio.
d) Clase social, nivel educativo y nivel de ingresos.

316. Según la norma UNE 66175, un indicador se define como:

a) Un informe estadístico periódico.
b) Un valor económico asociado a un proceso.
c) Un sistema de evaluación del personal.
d) Un dato o datos que miden la evolución de un proceso o actividad.

317. La calidad de las decisiones organizativas está relacionada principalmente con:

a) El tamaño de la organización.
b) El número de procesos analizados.
c) El número de indicadores utilizados.
d) La calidad de la información utilizada.

318. Un indicador puede volverse obsoleto cuando:

a) Se actualizan los procesos.
b) Cambian los responsables.
c) Cambian los objetivos organizativos.
d) Cambia el sistema informático.

319. El indicador que mide un proceso o resultado grave, indeseable y a menudo evitable se denomina:

a) Indicador centinela.



b) Indicador basado en índices.
c) Indicador trazador.
d) Indicador de estructura.

320. El cuadro de mando integral:

a) Fue formulado en la década de los 80 por Kaplan y Norton.
b) Liga la actividad diaria con el coste de la actividad sanitaria.
c) Liga el control de gestión con la planificación estratégica.
d) Fue formulado en la década de los 70 por Kaplan y Norton.

321. Qué es la contabilidad analítica de un hospital:

a) La contabilidad que distribuye los ingresos y los gastos del conjunto del hospital entre las diferentes unidades organizativas.
b) La contabilidad analítica no se aplica a un hospital.
c) Es aquella que recoge el conjunto de los ingresos y los gastos del total del hospital para saber si se gana o se pierde dinero en el conjunto.
d) La contabilidad analítica es la que tiene como fin auditar cada gasto del hospital para asegurar el correcto uso de los recursos económicos.

322. ¿Para qué sirve el análisis del balance de situación de un hospital?:

a) Para conocer la liquidez o capacidad de pago y las deudas contraídas.
b) Para saber el beneficio o la pérdida esperada en el ejercicio económico.
c) Para dimensionar la actividad anual del hospital.
d) Para calcular las sustituciones necesarias en épocas de vacaciones.

323. El Plan INOZ está dirigido:

a) A la prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
b) Al establecimiento de itinerarios clínicos adecuados para pacientes con enfermedades crónicas.
c) Al apoyo psicológico a las víctimas de violencia de genero.
d) Al impulso de la investigación en el Sistema Vasco de Salud.

324. El Programa de Higiene de Manos del Sistema Nacional de Salud (SNS), en el que participa la Comunidad Autónoma del País Vasco desde 2008, desarrolla acciones sobre el lavado de manos en:

a) Profesionales de la sanidad.
b) Pacientes.
c) Familiares de pacientes.
d) Todos los anteriores.



325. Según el Estudio Nacional de los Efectos Adversos (ENEAS), los eventos adversos más frecuentes en las intervenciones quirúrgicas son las:

a) Infecciones de la herida quirúrgica.
b) Dehiscencias de la sutura.
c) Adherencias.
d) Alteraciones funcionales.

326. Aunque prácticamente cualquier medicamento tiene el potencial de causar efectos indeseables, hay algunos que son más proclives a causar daños graves o incluso mortales cuando se utilizan incorrectamente. ¿Cuál de los siguientes grupos de medicamentos NO se encuentra incluido en la lista del ISMP con potencialidad grave de verse asociados a eventos adversos?

a) Anticoagulantes orales
b) Insulinas
c) Antibióticos
d) Potasio intravenoso

327. Dentro del proyecto Infección Quirúrgica Zero de Osakidetza, ¿cuál de estas medidas NO es obligatoria?

a) Adecuación de la profilaxis antibiótica.
b) Eliminación correcta del vello.
c) Antisepsia de la piel con solución de clorhexidina alcohólica al 2 %.
d) Mantenimiento de la normotermia perioperatoria.

328. ¿Cuál es el objetivo de la implantación de los programas PROA en las organizaciones de los servicios?

a) Bajar la incidencia de las infecciones en las heridas quirúrgicas.
b) Asegurar que las personas pacientes reciben la profilaxis antes de la cirugía cuando esté indicado.
c) Optimizar el uso de los antibióticos.
d) Impulsar el lavado de manos en las Unidades de Cuidados Intensivos.

329. El periodo de conservación de la documentación clínica generada en los servicios de medicina nuclear y radioterapia es de:

a) 5 años
b) 10 años
c) 30 años
d) Indefinidamente

330. Cuáles de estos eventos se considera un "evento adverso":

a) No contar con suficientes camas para los ingresos previstos.
b) Un excesivo tiempo de espera para una cirugía.



c) Un error en una medicación citostática en el hospital de día oncológico.
d) Una reclamación de una persona paciente.

331. En relación a los métodos utilizados para realizar estudios de satisfacción, señale cuál de los siguientes se considera un método indirecto:

a) Grupos de trabajo.
b) Encuestas periódicas.
c) Sistema de quejas y sugerencias.
d) Panel de personas usuarias.

332. Entre las siguientes afirmaciones sobre las vías clínicas, señale cuál es la FALSA:

a) La vía clínica es una herramienta de gestión de la calidad asistencial para la estandarización de un proceso asistencial.
b) La vía clínica es un proceso en el que intervienen varios servicios.
c) La vía clínica aumenta la variabilidad de los resultados al intervenir varios servicios clínicos alrededor de una patología.
d) La vía clínica mejora la eficiencia en el uso de los recursos.

333. Para la práctica de la cirugía segura, señale cuál de estas recomendaciones es la correcta:

a) Reducir la lista de espera quirúrgica.
b) Promover el marcado del sitio quirúrgico.
c) Garantizar la presencia de, al menos, dos personas cirujanas en el quirófano.
d) Verificar que hay una persona de la familia de la persona paciente informada.

334. En la cultura de la seguridad en las instituciones sanitarias:

a) Se debe hablar con las/los colegas de los eventos adversos.
b) Se debe mantener en secreto los eventos adversos ante las tres P (Pacientes, Personal y Público).
c) Se debe perseguir la perfección.
d) Debe tener un carácter punitivo sobre las personas responsables.

335. Las terceras víctimas de un evento adverso son:

a) Las personas pacientes que sufren el evento adverso.
b) Las personas familiares de la persona paciente que sufre el evento adverso.
c) El personal sanitario implicado en un evento adverso.
d) Las organizaciones donde acontece el evento adverso.



336. Según el informe de incidentes de seguridad notificados en el sistema de notificación y registro de incidentes y eventos (SiNASP) publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2016, los incidentes más frecuentes en los hospitales son los relacionados con:

a) La equivocación en la identidad de la persona paciente.
b) Con la gestión organizativa.
c) La medicación.
d) La pérdida de documentación clínica.

337. Los incidentes de seguridad de mayor transcendencia y prioritario para las organizaciones sanitarias son:

a) Los errores de medicación.
b) Los errores de identificación.
c) Los errores devengados de la mala praxis.
d) Los errores en la identificación de material terapéutico.

338. El reconocimiento de unos criterios establecidos mediante los cuales se considera que un centro o servicio se encuentra dentro de lo que la comunidad científica considera calidad, se conoce como:

a) Acreditación
b) Excelencia
c) Mejora continua
d) Certificación

339. El modelo de la Joint Commission es un modelo de:

a) Acreditación
b) Excelencia
c) Mejora continua
d) Certificación

340. Al hablar de Cultura de la Seguridad del paciente, ¿cuál de estas afirmaciones NO es cierta?

a) Afecta a misión, visión y objetivos de la organización.
b) Está basada en un enfoque a la persona.
c) Se basa en la conciencia de que las cosas pueden ir mal.
d) Aborda qué fue mal en el sistema y ayuda a aprender lecciones y prevenir su recurrencia.

341. Respecto a la cultura de Seguridad del paciente, ¿qué opción NO es cierta?

a) Debe ser abierta e imparcial.
b) Si se intenta algo con empeño, nunca habrá errores.
c) Castigando a quien comete errores, reducimos su número.

d) b y c.

342. ¿Qué característica NO favorece la implementabilidad de las Guías de Práctica Clínica?

a) Formato amigable.
b) Contenido.
c) Priorización de las recomendaciones y evaluación de las mismas.
d) Extensión.

343. Por Gestión de la Calidad se entiende (señale la premisa FALSA):

a) Conjunto de actividades coordinadas para dirigir y controlar una organización en lo relativo a la calidad.
b) No incluye establecer una política de calidad.
c) Incluye establecer los objetivos de la calidad.
d) Establece la planificación, el control, el aseguramiento y la mejora de la calidad.

344. Las Guías de Práctica Clínica (GPC):

a) Recogen normas de obligado cumplimiento con el objetivo de optimizar la atención sanitaria a las personas pacientes.
b) Son un conjunto de recomendaciones basadas en una revisión sistemática de la evidencia.
c) Son documentos que consultar por las personas pacientes para conocer los diferentes itinerarios diagnósticos y terapéuticos.
d) Recogen al personal profesional para que las personas usuarias ejerzan de forma informada la elección de su médico o médica.

345. De forma empírica, ¿cada cuánto tiempo, como mínimo, se considera que hay que plantearse actualizar una Guía de Práctica clínica?:

a) Cada 2-3 años
b) Anualmente
c) Cada 5 años
d) Cada 10 años

346. De los siguientes enunciados, identifique qué NO es un proceso de gestión de la calidad:

a) La planificación
b) El organigrama del hospital
c) Las compras
d) La auditoría interna



347. ¿Cuál es la tríada clásica para evaluar la calidad asistencial?

a) Planificación, ejecución y control.
b) Accesibilidad, seguridad y satisfacción.
c) Estructura, proceso y resultado.
d) Eficacia, eficiencia y equidad.

348. ¿Qué se entiende por efectividad en calidad asistencial?

a) La facilidad para obtener atención.
b) La relación entre gasto y rendimiento.
c) La disponibilidad de profesionales.
d) La capacidad de producir los efectos deseados sobre la salud.

349. ¿Cuáles son los tres componentes de la calidad de un acto médico concreto?

a) Técnica coste y seguridad.
b) Estructura, financiación y cobertura.
c) Aspectos técnicos-científicos, relación interpersonal y entorno.
d) Acceso equidad y satisfacción.

350. ¿Qué elemento es clave, desde el punto de vista de la persona paciente, en la valoración de la calidad?

a) Identificación inequívoca y urgencias.
b) Prevención de infecciones y conciliación de la medicación.
c) Seguridad transfusional y cirugía segura.
d) Seguridad de la persona paciente en emergencias y prevención del suicidio.

351. ¿Qué elemento se considera central tanto en los sistemas ISO como en el modelo EFQM?

a) La descentralización presupuestaria.
b) La acreditación externa.
c) La gestión de procesos.
d) La inspección clínica individual.

352. ¿Qué ha aportado principalmente el modelo EFQM a las personas gestoras que lo utilizan?

a) Sustituir la planificación estratégica.
b) Centrar la calidad en los resultados clínicos.
c) Incorporar la calidad a la actividad diaria de gestión.
d) Eliminar la necesidad de indicadores.



353. En un modelo de gestión excelente, los programas de calidad no tienen sentido al margen de:

a) La inspección sanitaria.
b) La contabilidad analítica.
c) Los sistemas de planificación.
d) La carrera profesional.

354. ¿Cuál es la diferencia principal entre certificación y acreditación?

a) No existe diferencia relevante.
b) La certificación verifica la calidad del sistema de gestión y la acreditación la competencia técnica.
c) La certificación verifica la competencia técnica y la acreditación el sistema de gestión.
d) La acreditación sustituye siempre a la certificación.

355. ¿Qué afirma la norma sobre la relación entre la calidad de las decisiones y la información utilizada?

a) Que no puede determinarse.
b) Que depende de la experiencia directiva.
c) Que es una relación indirecta.
d) Que está directamente relacionada.

356. En una organización sanitaria los programas de calidad, según el enfoque EFQM, deben entenderse:

a) Exclusivamente como auditorías externas.
b) Como algo independiente de la planificación.
c) Al margen del control de gestión.
d) Integrados en los sistemas de planificación y gestión.

357. ¿Cuál de los siguientes se menciona como uno de los valores que impulsa el modelo EFQM?

a) Gestión con datos.
b) Centralización administrativa.
c) Reducción de la participación profesional.
d) Restricción del trabajo en equipo.

358. ¿Cuál de las siguientes dimensiones aparece incluida en todas las definiciones de calidad asistencial analizadas?

a) Efectividad y eficiencia.
b) Equidad y adecuación.
c) Accesibilidad y satisfacción.
d) Seguridad y continuidad.



359. ¿Cuál de las siguientes opciones define mejor la eficiencia en calidad asistencial?

a) Facilidad para obtener asistencia sanitaria.
b) Capacidad de reducir el riesgo de daño.
c) Relación entre coste y resultado.
d) Grado en que la persona paciente percibe un trato respetuoso.

360. ¿Qué dos nuevas líneas de acción incorpora la Estrategia de Seguridad del Paciente 20·30 de Osakidetza?

a) Identificación inequívoca y urgencias.
b) Prevención de infecciones y conciliación de la medicación.
c) Seguridad transfusional y cirugía segura.
d) Seguridad de la persona paciente en emergencias y prevención del suicidio.

361. ¿Qué instrumento corporativo facilita al personal la notificación en tiempo real de incidentes sin daño?

a) SNASP
b) SIGLO
c) SI NASP
d) Osagune

362. ¿Cuál de los siguientes principios caracteriza al sistema de notificación de incidentes?

a) Carácter obligatorio y nominativo.
b) Enfoque punitivo.
c) Confidencialidad de la información.
d) Publicidad inmediata del incidente.

363. ¿Qué se entiende por "segunda víctima"?

a) La persona de la familia que presenta una reclamación.
b) Cualquier profesional que participa en un evento adverso y sufre un impacto emocional o psicológico.
c) La institución sanitaria.
d) La persona que ocupa un mando intermedio y gestiona el incidente.

364. ¿Qué se entiende por "tercera víctima"?

a) La propia organización sanitaria.
b) Las personas familiares de la persona paciente.
c) El personal profesional que atiende a la persona paciente.
d) El servicio implicado.



365. Tras un evento adverso, una de las necesidades reconocidas de pacientes y familiares es:

a) Derivación automática a inspección.
b) Reseñar todo en el informe de alta.
c) Recibir información sobre lo ocurrido, sus consecuencias y las medidas adoptadas.
d) Incluir los hechos en la historia clínica.

366. ¿Qué medida corporativa se implantó para homogeneizar la identificación física de pacientes?

a) Doble validación verbal.
b) Tarjeta sanitaria única.
c) Código QR en informe clínico.
d) Brazalete identificativo.

367. En la política corporativa, la seguridad debe entenderse como:

a) Una función exclusiva del área TIC.
b) Un producto tecnológico.
c) Un proceso integral.
d) Un conjunto de auditorías.

368. Según la política corporativa, la gestión de la seguridad debe basarse en:

a) La jerarquía funcional.
b) La supervisión externa permanente.
c) La gestión de riesgos.
d) La experiencia previa exclusivamente.

369. Un evento adverso se define como:

a) Un error diagnóstico.
b) Un incidente sin daño.
c) Un problema organizativo.
d) Un incidente de seguridad con daño a la persona atendida.

370. La seguridad de la persona paciente se considera en Euskadi como:

a) Un indicador hospitalario.
b) Una línea secundaria.
c) Un pilar básico en la sostenibilidad del sistema de salud.
d) Un programa asistencial.

371. Una de las principales estrategias para mejorar la seguridad consiste en:

a) Reducir costes asistenciales.



b) Incrementar protocolos.
c) Incrementar el número de profesionales.
d) Identificar incidentes y analizar sus causas.

372. Según ENEAS, la incidencia de eventos adversos en hospitalización se sitúa entre:

a) 8–12%
b) 3–5%
c) 15–20%
d) 1–3%

373. ¿Quiénes deben asumir la humanización de la atención sanitaria?

a) Exclusivamente pacientes y familias.
b) Organizaciones, profesionales y pacientes.
c) Profesionales de la sanidad.
d) Profesionales de la sanidad y pacientes.

374. El modelo corporativo de humanización se presenta principalmente como:

a) Una receta única de aplicación homogénea.
b) Un modelo estándar de gestión para planificar, desarrollar y consolidar la humanización.
c) Un protocolo cerrado y obligatorio.
d) Un sistema de acreditación externa.

375. ¿Cuál es una de las finalidades del modelo corporativo de humanización?

a) Servir de “espejo” de referencia para contrastar el grado de avance.
b) Sustituir los planes de gestión.
c) Eliminar la evaluación comparada entre organizaciones.
d) Limitar la humanización al ámbito hospitalario.

376. ¿Cuál debe ser el criterio principal para seleccionar las dimensiones que se incluirán en un cuestionario de satisfacción?

a) Las más fáciles de medir por la organización.
b) Las que resultan más importantes para las personas usuarias.
c) Las que históricamente se han usado en otros centros.
d) Las que generan mayor volumen de datos.

377. Antes de medir la satisfacción de forma estricta, en muchos casos puede ser necesario:

a) Realizar un estudio previo sobre expectativas.
b) Diseñar directamente preguntas abiertas.
c) Eliminar la segmentación por grupos.

d) Reducir la muestra.

378. En un cuestionario sencillo de satisfacción, el número total de preguntas debería:

a) Ser superior a 20.
b) No sobrepasar aproximadamente 10 ó 15 preguntas.
c) Limitarse siempre a 5.
d) Situarse entre 25 y 30.

379. ¿Qué caracteriza mejor un enfoque avanzado de participación de la persona paciente en gestión sanitaria?

a) La recogida periódica de reclamaciones.
b) La valoración exclusiva de la satisfacción percibida.
c) La consulta ocasional sobre aspectos asistenciales.
d) La presencia activa en información, comunicación, consulta y toma de decisión.

380. ¿En qué ámbitos debe situarse a la persona paciente en el centro de la toma de decisiones?

a) Solo en autocuidado y adherencia.
b) Solo en el ámbito asistencial.
c) Solo en la planificación estratégica.
d) Política sanitaria, investigación, ámbito organizacional y ámbito asistencial.

381. La transición hacia un sistema centrado en experiencia y participación de la persona paciente implica:

a) Sustituir la gestión clínica por encuestas.
b) Un cambio integral y no una suma de intervenciones aisladas.
c) Introducir mejoras parciales sin cambiar el modelo.
d) Delegar decisiones en asociaciones de pacientes.

382. ¿Qué requisito deben cumplir los resultados en salud para servir de base sólida de comparación?

a) Incorporar variables económicas.
b) Ser recogidos por cada servicio de forma autónoma.
c) Estar referidos solo a procesos hospitalarios.
d) Medirse de forma estandarizada.

383. En este modelo, la medición de costes debe estar referida principalmente a:

a) Servicio y actividad.
b) Centro y presupuesto anual.
c) Unidad de hospitalización.
d) Paciente.



384. La selección de procesos asistenciales para extender el enfoque a valor debe basarse en:

a) Parámetros de impacto: alcance, factibilidad, impacto en costes, trayectoria y consistencia de resultados.
b) Antigüedad del proceso.
c) Facilidad de informatización.
d) Coste tecnológico y presión asistencial.

385. Para permitir comparaciones fiables, los resultados y los indicadores deben basarse en:

a) Protocolos distintos según organización.
b) Estandarización e interoperabilidad.
c) Sistemas locales autónomos.
d) Medidas específicas no comparables.

386. ¿Qué sistemática se propone para garantizar la mejora continua?

a) Ciclos PDSA
b) AMFE
c) Evaluación EFQM
d) Auditoría de calidad total

387. ¿Cómo se determina el valor en este modelo?

a) Sumando calidad y accesibilidad.
b) Comparando volumen y presupuesto.
c) Relacionando resultados con costes.
d) Vinculando satisfacción con actividad.

388. ¿Qué definición clásica se recoge de la medicina basada en valor?

a) La calidad percibida por episodio.
b) La mejor práctica al menor tiempo.
c) Resultado de salud logrado por dinero gastado.
d) La eficiencia ajustada por riesgo.

389. ¿Qué cambio organizativo propone avanzar hacia un sistema basado en valor?

a) Rediseñar la asistencia hacia una atención integrada centrada en la persona.
b) Priorizar exclusivamente la reducción del gasto.
c) Reforzar la fragmentación por servicios.
d) Sustituir evidencia por preferencias monetarias.



390. ¿Qué requisito deben cumplir los mecanismos de evaluación y medida de resultados?

a) Centrarse exclusivamente en información del presente.
b) Cubrir solo los resultados económico-financieros.
c) Ser uniformes para todos los grupos de interés sin distinción.
d) Cubrir todos los ámbitos relevantes y aportar segmentación suficiente.

391. El seguimiento de los resultados en una organización avanzada:

a) Debe hacerse siempre con periodicidad anual.
b) Tiene que realizarse al mismo nivel para todos los resultados.
c) Debe limitarse a los cuadros de mando estratégicos.
d) Requiere diferentes niveles y periodicidades según su naturaleza e importancia.

392. ¿Qué combinación de resultados afianza la competitividad y sostenibilidad de una organización avanzada?

a) Solo resultados estratégicos y económico-financieros.
b) Solo resultados en la clientela y personas.
c) Resultados estratégicos, en la clientela, en personas, en sociedad y de innovación.
d) Resultados operativos y cumplimiento normativo.

393. ¿Qué debe hacer la organización para asegurar coherencia entre estrategia y gestión operativa?

a) Desplegar objetivos y estrategias a procesos o áreas mediante objetivos e indicadores.
b) Traducir la estrategia solo en proyectos de innovación.
c) Comunicarla sin modificar procesos internos.
d) Limitar los indicadores al nivel corporativo.

394. En una autoevaluación inicial de la organización, como mínimo debería participar:

a) Únicamente mandos intermedios.
b) Toda la plantilla.
c) El equipo de dirección.
d) Solo una consultora externa.

395. ¿Cuál es una de las áreas principales del Modelo de Gestión Avanzada (MGA)?

a) Energía
b) Publicidad
c) Logística
d) Estrategia



396. ¿Qué recurso de Euskalit permite comparar los resultados de una organización con los de otras similares?

a) Plan de Competencia Global.
b) Observatorio Económico.
c) Batería de Indicadores.
d) Cuadro de mando comercial.

397. ¿Cuál es uno de los beneficios de implantar el Modelo de Gestión Avanzada según Laukide?

a) Reducción automática del personal.
b) Exclusión de evaluaciones externas.
c) Acceso a financiación pública.
d) Eliminación de auditorías.

398. Los índices de Flesch-Kinkai o el de Legin se utilizan para:

a) Conocer el porcentaje de pacientes que rechazan la firma del consentimiento informado.
b) Conocer el porcentaje de resultados terapéuticos que han dado el resultado establecido en el consentimiento informado.
c) Conocer la legibilidad de un documento.
d) Conocer el porcentaje de pacientes que han solicitado no recibir información sobre su proceso clínico.

399. ¿Qué diferencia hay entre el modelo EFQM y el certificado ISO 9001?

a) No hay diferencia.
b) El modelo EFQM es más antiguo y el ISO 9001 es más actual.
c) El modelo EFQM no se aplica en el ámbito sanitario y el ISO 9001 tiene aplicación en este ámbito.
d) El modelo EFQM no es un sistema de gestión y el ISO 9001 sí lo es.

400. ¿Qué criterio se propone para seleccionar patologías a abordar con enfoque a valor?:

a) Bajo volumen de casos.
b) Exclusiva facilidad de registro.
c) Alto volumen o prevalencia en la población.
d) Elevada variabilidad profesional.



401. En el análisis de la diabetes, una de las condiciones crónicas más prevalentes que mayor impacto tiene en la carga de morbilidad y en la vista de las personas, el cuadro de mandos para la evaluación del contrato programa arroja para 2018, entre otros, el indicador "% de diabéticos con buen control de HbA1c", señala la respuesta correcta:

a) El 35,84 % de las personas diabéticas muestran parámetros de buen control de HbA1c.
b) El 42,09 % de las personas diabéticas muestran parámetros de buen control de HbA1c.
c) El 48,07 % de las personas diabéticas muestran parámetros de buen control de HbA1c.
d) El 58,47 % de las personas diabéticas muestran parámetros de buen control de HbA1c.

402. Referente a los órganos de participación descritos en el Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas, señale la respuesta FALSA:

a) El Consejo Técnico es el órgano consultivo de asesoramiento técnico y de participación de las y los profesionales asistenciales en la gestión de las OSI.
b) El Consejo Social es el órgano consultivo y de participación y asesoramiento en cada OSI que asesora a la organización en aquellas materias sociales y comunitarias que se establezcan.
c) El Consejo Social se reunirá como mínimo dos veces al año.
d) La Comisión Sociosanitaria es el órgano de asesoramiento y participación de las y los profesionales en la gestión del ámbito sociosanitario de la OSI

403. El Decreto 100/2018, de 3 de julio, establece que la evaluación de las jefaturas de servicios hospitalarios y de unidades de atención primaria serán objeto de evaluación, con carácter general:

a) Cada año.
b) De forma bianual.
c) Cada cuatro años.
d) Se establecerán en el momento de la provisión del puesto el periodo y los procedimientos de evaluación que podrán ser modificados con posterioridad a cada procedimiento de evaluación.

404. Marca la respuesta correcta respecto a los órganos de Dirección de las OSI establecidos en el Decreto 100/2018:

a) Los mismos para todas las OSI, independientemente de su tipología.
b) Las OSI de tipo I y II disponen de los mismos órganos de dirección.
c) Las OSI de tipo III y IV disponen de los mismos órganos de Dirección.
d) Las OSI de tipo IV disponen exclusivamente de la Dirección de Gestión como ámbito de dirección y gestión.

405. En la Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi, se definen una serie de líneas dirigidas en su conjunto a reforzar la atención primaria en el Sistema de Salud. Por favor, indíquenos cuántas son estas líneas:

a) 5
b) 7
c) 9
d) 10

406. Según el Modelo de Gestión Avanzada, para conseguir una competitividad sostenible una organización avanzada debería…

a) Disponer de una estrategia que le permita diferenciarse.
b) Disponer de una estrategia que le permita dar respuesta a las necesidades y expectativas de los grupos de interés.
c) Disponer de una estrategia que le permita adaptarse a los cambios del entorno.
d) Todas las anteriores son correctas.

407. ¿Cuál de las siguientes leyes contempla, como una de sus bases organizativas, que cada Área de Salud garantice una adecuada ordenación de la atención primaria en coordinación con la atención hospitalaria mediante una máxima eficiencia sanitaria, tanto en la ubicación y uso de los recursos como en el establecimiento de las condiciones estratégicas más adecuadas para el aprovechamiento de las sinergias o en la configuración de los dispositivos de referencia?

a) Ley 14/1987, de 20 de abril
b) Ley 8/1997, de 26 de junio
c) Ley 16/2003, de 25 de mayo
d) Ley 41/2002, de 14 de noviembre

408. Las OSI se configuran como organizaciones de servicios sanitarios para realizar la actividad de provisión de servicios sanitarios, aglutinando dispositivos y procesos asistenciales de atención primaria con los de atención hospitalaria, con el objetivo último de favorecer la integración clínica en el proceso asistencial de la persona paciente, de manera que la atención sanitaria se articule en torno a la persona que constituye el centro de la actividad asistencia y dependen de:

a) La Fundación Vasca de Innovación e Investigación Sanitarias.
b) Las Organizaciones Sanitarias Integradas.
c) El ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud.
d) Dirección General de Planificación, Ordenación y Calidad.

409. Una OSI en la que la actividad asistencial gira, con carácter general, en torno a un ámbito específico. En ellas se integran servicios y dispositivos de dicho ámbito y actúan en coordinación con otros servicios sanitarios, sean de atención primaria o de atención hospitalaria, así como, en su caso, con servicios sociales y otras instituciones se denomina:

a) OSI monográfica
b) OSI especializada
c) OSI general
d) OSI específica

410. La tipología de la OSI tipo II incluye:

a) Aquellas organizaciones con hospitales de carácter universitario, alta complejidad y que dispongan de servicios calificados de referencia para el conjunto del sistema sanitario vasco establecida por Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
b) Aquellas organizaciones de servicios que, junto con servicios y unidades de atención primaria, integran un hospital de carácter general y tengan una base poblacional atendida inferior a 300.000 habitantes.
c) Aquellas organizaciones de complejidad media y que no disponen de unidades de referencia para el conjunto del sistema sanitario vasco establecida por Acuerdo del Consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud.
d) Aquellas organizaciones de servicios de carácter monográfico que integren dos o más hospitales monográficos.

411. Los órganos de dirección de las OSI (tipo I y tipo II) son:

a) La dirección gerencia, el equipo directivo y el consejo de dirección ampliado.
b) La dirección gerencia, la dirección médica, la dirección de atención integrada, la dirección de enfermería, la dirección de personal, la dirección económico-financiera y la dirección de gestión y el consejo de dirección.
c) La dirección gerencia, la dirección de atención integrada, la dirección de gestión y el consejo de dirección ampliado.
d) La dirección gerencia y las direcciones asistenciales.

412. En el Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud, su artículo 8, en relación a las funciones de la dirección gerencia, incluye:

a) Aprobar los planes estratégicos de la OSI.
b) Aprobar el Plan de Gestión Anual.
c) Dirigir, impulsar y coordinar la organización, gestión, provisión, evaluación y control de los servicios y unidades que integran la organización con el fin de conseguir los objetivos asignados.
d) a) b) y c) son correctas.

413. En relación al Consejo Clínico Asistencial definido en el Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud:

a) Los nombramientos como personas componentes del Consejo Clínico Asistencial se realizarán por la dirección de atención integrada por un período de dos años renovables.
b) Entre sus funciones está la valoración de nuevas estrategias asistenciales, diagnósticas y terapéuticas.
c) Es el órgano ejecutivo y de participación del personal profesional asistencial en la gestión de las OSI.
d) Está integrado, como mínimo, por las direcciones médica y de enfermería; dos responsables de atención primaria y dos personas clínicas del hospital, estas cuatro a propuesta del consejo de dirección; y cuatro vocales por cada OSI en representación del personal facultativo y de enfermería, garantizando la representación de la atención primaria y de la hospitalaria.

414. Las funciones de la Comisión Sociosanitaria son las siguientes:

a) La valoración de los resultados de las líneas de actuación desplegadas y la propuesta de áreas de mejora.
b) Establecer, supervisar y desarrollar los mecanismos de coordinación entre las diferentes instituciones que conforman el espacio sanitario.
c) Establecer, supervisar y desarrollar la autoevaluación del contrato programa en los aspectos relacionados con la coordinación sociosanitaria.
d) a) y c) son correctas.

415. La selección, provisión y nombramiento de las personas ocupantes de los puestos de jefatura de servicios hospitalarios y de unidades de atención primaria se realizará de acuerdo con la normativa reguladora de selección de personal estatutario y provisión de puestos funcionales de Osakidetza-Servicio vasco de salud. En lo que se refriera a las jefaturas de los servicios hospitalarios, indique cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

a) Al frente de cada servicio hospitalario existirá una jefatura que ejercerá la función asistencial y gestora, en dependencia funcional de la Dirección de Atención Integrada de la OSI.
b) Gestionar los recursos materiales, incluidos los de diagnóstico y tratamiento, asignados al servicio asegurando la adecuada utilización y aprovechamiento de los mismos y en particular la calidad de la prescripción farmacéutica.
c) Promover la calidad del servicio, siguiendo los criterios técnicos y económicos definidos por la dirección económica-financiera
d) Acordar con la dirección médica y jefatura de farmacia, los criterios de evaluación de la calidad de la prescripción farmacéutica.

416. En el Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud se definen las unidades de atención primaria, ¿cuáles de las siguientes afirmaciones hace referencia a estas unidades?:

a) Los objetivos asistenciales de cada unidad de atención primaria se determinarán atendiendo a los compromisos del contrato programa de la OSI.
b) La creación, modificación y extinción de las unidades de atención primaria se realizará por acuerdo del consejo de Administración de Osakidetza-Servicio vasco de salud a propuesta de la dirección gerencia y requerirá las autorizaciones establecidas en el Decreto 100/2018, de 3 de julio.
c) Acuerdan con la Dirección de Atención Asistencial Integrada, las normas orientadas a mejorar la comunicación con la ciudadanía.
d) Elaborar e implantar el contrato de gestión de la unidad, conjuntamente con la dirección médica y la dirección gerencia.

417. Se debe tener en cuenta, en relación a las jefaturas de servicios hospitalarios y de las unidades de atención primaria, que:

a) El perfil profesional requerido de las personas ocupantes de puestos funcionales de jefatura de servicio y jefatura de sección, de sección clínica en los servicios hospitalarios o unidad de atención primaria, será definido por la dirección gerencia y dirección médica.
b) Los perfiles profesionales y sistemas de provisión de estos puestos serán los que se determinan en el Decreto 186/2005, de 19 de julio, por el que se regulan los Puestos Funcionales del Ente Público de Derecho Privado Osakidetza-Servicio vasco de salud, y en las normas de desarrollo del mismo (o aquella normativa que la sustituya).
c) Las jefaturas de servicios hospitalarios y de unidades de atención primaria serán objeto de evaluación, con carácter general, cada periodo de cinco años estando sujeta la continuidad en el puesto de jefatura a los resultados de la misma.
d) La evaluación que se efectuará por todo el equipo directivo de la OSI, y se evaluarán todos los objetivos del programa.

418. La creación, modificación y extinción de las OSI, así como su denominación oficial, se realizará por Acuerdo del Consejo de Administración del ente público Osakidetza-Servicio vasco de salud, de conformidad con lo dispuesto en:

a) El artículo 4.1 de los Estatutos Sociales, aprobados mediante Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional cuarta del Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
b) El artículo 4.1 de los Estatutos Sociales, aprobados mediante Decreto 255/1997, de 12 de noviembre, de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional cuarta del Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.
c) El artículo 4.2 de los Estatutos Sociales, aprobados mediante Decreto 255/1997, de 11 de noviembre, de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional cuarta del Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

d) El artículo 4.2 de los Estatutos Sociales, aprobados mediante Decreto 255/1998, de 12 de noviembre, de acuerdo con lo establecido en la disposición adicional cuarta del Decreto 31/2006, de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios.

419. En Euskadi, desde el inicio de su reforma en la década de los 80, la atención primaria ha jugado un papel fundamental en el sistema sanitario vasco, y ha desarrollado funciones imprescindibles para proporcionar a todas las personas que viven en Euskadi una asistencia sanitaria de calidad. La Estrategia para la Atención Primaria de Euskadi, publicada en febrero 2019 consta de:

a) 10 líneas estratégicas
b) 9 líneas estratégicas
c) 8 líneas estratégicas
d) 7 líneas estratégicas

420. Señale qué función no corresponde a quien ostente la jefatura de la Unidad de Atención Primaria:

a) Elaborar el Plan Estratégico de la Unidad, en coherencia con las directrices marcadas por la gerencia.
b) Proponer a la gerencia la creación de Unidades de Atención Primaria.
c) Gestionar las actividades de docencia e investigación de la Unidad.
d) Ejecutar los programas de concertación interna y autogestión previstos en el Decreto 206/1992 de 21 de julio.

421. En relación a la Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi, se identifican como elementos emergentes hacia un nuevo modelo para el sistema sanitario vasco:

a) Accesibilidad presencial, arquitectura proveedor-céntrica.
b) Modelo de atención episódico.
c) Arquitectura ciudadano-céntrica.
d) Modelo atención reactivo.

422. Señale cuál de las siguientes NO es una línea estratégica del documento de "Estrategia para la Atención Primaria de Euskadi":

a) Revalorizar la estructura de los equipos de atención primaria.
b) Adecuar la estructura de los equipos de atención primaria a los retos demográficos y epidemiológicos.
c) Profundizar en el desarrollo profesional de enfermería en sus máximas competencias.
d) Evitar el gap asistencial en el relevo generacional en medicina de familia.

423. La acción 9 del documento de "Estrategia para la Atención Primaria de Euskadi" establece reforzar con nuevas plazas de enfermería los EAP con menor ratio de profesionales de enfermería por cada profesional de pediatría de forma progresiva, en los dos próximos años. Este objetivo llevaría a Euskadi a situarse en una ratio global enfermería/medicina de Atención Primaria de:

a) 0,85
b) 0,92
c) 1:1
d) 1,05

424. En el documento "Estrategia para la Atención Primaria de Euskadi", para analizar la carga de morbilidad en Atención Primaria en el Departamento de Salud y Osakidetza, se viene utilizando el índice:

a) ICPC
b) CIAP
c) RUB
d) GRD

425. Para medir los resultados en Atención Primaria (AP), un buen marcador del desempeño de la AP es el indicador de Hospitalizaciones Potencialmente Evitables (HPE). Si comparamos este indicador con las cifras del conjunto del Estado Español para el año 2015, los casos de HPE en Euskadi representan:

a) Un 5,2 % del total de HPE realizados en el conjunto del SNS.
b) Un 6,1 % del total de HPE realizados en el conjunto del SNS.
c) Un 7,2 % del total de HPE realizados en el conjunto del SNS.
d) Un 8,1 % del total de HPE realizados en el conjunto del SNS.

426. El Consejo de Administración de Osakidetza creó, con carácter previo, una primera organización de servicios sanitarios integrada (OSI) como una modalidad organizativa que superara la tradicional separación entre atención primaria y hospitalaria, por Acuerdo de 13 de diciembre de 2010, ¿cuál fue esta primera OSI?

a) OSI Alto Deba.
b) OSI Debabarrena.
c) OSI Araba.
d) OSI Bidasoa.

427. En la "Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi", se definen una serie de líneas dirigidas en su conjunto a reforzar la atención primaria en el Sistema de Salud. Indiquen cuántas son estas líneas.

a) 5
b) 7
c) 9
d) 10



428. El Pacto Vasco de Salud persigue garantizar:

a) El acceso universal de toda la población, independientemente de su situación socioeconómica o lugar de residencia.
b) La necesidad de disponer de personal sanitario suficiente, comprometido y reconocido laboral y socialmente.
c) La sostenibilidad del sistema, a través de medidas que aseguren su viabilidad a futuro.
d) a) b) y c) son ciertas.

429. El pacto Vasco de Salud en el ámbito de la prevención y promoción de la salud se incluye:

a) Impulsar un enfoque dirigido principalmente a las mujeres y colectivos vulnerables.
b) Desarrollar un modelo accesible, integral, proactivo y longitudinal desde una óptica de gobernanza del sistema.
c) Mejorar la gestión de enfermedades crónicas y la calidad de vida.
d) Promover, prevenir y optimizar el modelo asistencial.

430. El Pacto Vasco de Salud ha contado con la participación de agentes como:

a) Partidos políticos: EAJ-PNV, PSE-EE, EH Bildu, PP, Sumar, Podemos y VOX.
b) Universidades: UPV/EHU, Universidad de Deusto, Mondragon Unibertsitatea, Universidad Alfonso X el Sabio, Universidad de Navarra.
c) Colegios profesionales: medicina, enfermería, farmacia, psicología, odontología, óptica, fisioterapia, biología, veterinaria, trabajo social, podología, prótesis dental, terapia ocupacional.
d) Confebask y agentes empresariales.

431. Entre los documentos trabajados durante el proceso del Pacto Vasco de Salud se encuentra el Documento de valores y principios rectores, en el cual se recoge que los valores del sistema público de salud de Euskadi son:

a) Universalidad, Solidaridad, Equidad y Autonomía.
b) Universalidad, Equidad, Seguridad y Autonomía.
c) Universalidad, Solidaridad, Accesibilidad y Autonomía.
d) Universalidad, Equidad, Solidaridad, Calidad.

432. La estrategia para la atención primaria de Euskadi, publicada en febrero 2019, en la línea estratégica 3, que hace referencia a optimizar la organización y gestión en el contexto de los equipos de atención primaria, se incluyen las siguientes acciones:

a) Reforzar con nuevos cupos de medicina de familia aquellas UAP que mantienen una carga asistencial elevada.
b) Asegurar ante los diferentes agentes la función del personal de medicina de familia en la elaboración de informes clínicos de acuerdo con la Ley de Autonomía del Paciente, excluyendo de su responsabilidad la emisión de informes que supongan un juicio de la capacidad de una persona paciente para desempeñar competencias que le faculten para un determinado puesto de trabajo.

c) Reposición de dispositivos informáticos y adecuación de software en toda la red de Atención Primaria.
d) b) y c)

433. El contrato Programa 2025 fue firmado por:

a) El Lehendakari y por la dirección general del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
b) La viceconsejera de Administración y Financiación Sanitarias y, de otra parte, la directora general del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud.
c) La directora general del Ente Público Osakidetza-Servicio Vasco de Salud y subdirector de Asistencia Sanitaria en la Dirección General de Osakidetza.
d) Todas las respuestas son FALSAS.

434. Según recoge la estipulación cuarta del contrato programa de la Dirección General de Osakidetza, respecto de todas las organizaciones de servicios sanitarios dependientes de Osakidetza, ejercerá las atribuciones que le otorga:

a) Decreto 100/2018, de 3 de julio, de las organizaciones sanitarias integradas del ente público Osakidetza.
b) Ley 9/1985, de 19 de mayo, de Servicio Vasco de Salud-Osakidetza
c) La Ley 8/1997 y los artículos 9 y 12 de sus Estatutos Sociales.
d) Decreto 319/2024, de 29 de octubre, por el que se establece la estructura orgánica y funcional del Departamento de Salud.

435. Las funciones del Consejo Director del Plan de Salud son fundamentalmente proporcionar liderazgo y compromiso institucional. En concreto:

a) El/la lehendakari, ostentando la Presidencia de la Comisión directora del Plan de Salud, tiene entre sus funciones el impulsar y evaluar las actuaciones necesarias para el despliegue y desarrollo de los objetivos generales.
b) Actuar como un órgano de referencia, realizando el seguimiento, y la evaluación continua de su implantación, impulsado medidas correctoras.
c) Asegurar el compromiso interinstitucional e interdepartamental de agentes implicados en materializar la visión del Plan de Salud.
d) Impulsar, el compromiso 75 (iniciativa 1): Aumentar las inversiones en investigación e innovación.

436. ¿Cuál de los siguientes NO es un principio rector del Plan de Salud de Euskadi 2030?

a) Contribución al desarrollo sostenible.
b) Salud en todas las políticas.
c) Reducción de la desigualdad social en salud.
d) Reducción de la desigualdad en la salud de la mujer.

437. ¿Cuál de estas afirmaciones es FALSA (fuente de datos Plan de Salud de Euskadi 2030)?

a) La tasa de mortalidad ajustada por edad por tumores malignos por cada 100.000 habitantes en Euskadi en 2019 fue superior a la media estatal.
b) Las enfermedades del sistema circulatorio son la segunda causa de muerte en Euskadi en el año 2021.
c) Según la encuesta sobre adicciones en Euskadi, en 2017, el tabaco es la primera sustancia psicoactiva más consumida entre la población de Euskadi.
d) La infección por VIH y el SIDA cuentan con un sistema de vigilancia epidemiológico específico, que forma parte del Sistema estatal de Información de nuevos diagnósticos de VIH y del Registro Nacional del SIDA.

438. En relación al Sistema Sanitario Privado:

a) En el año 2021, por territorio histórico, el 68,9% de las personas que disponían de un seguro de salud privado residía en Guipúzcoa.
b) Un 23% de la población vasca (según datos elaborados por Eustat), dispusieron en el año 2021 de un seguro privado de salud, en entidades situadas en Euskadi.
c) El porcentaje del gasto privado (incluyendo sistemas de seguros y pago directo de los hogares) sobre el gasto corriente total en salud en 2021 creció en un 20% sobre el gasto privado del año anterior.
d) La población con cobertura de seguro privado en el año 2021 fue mayor en hombres que en mujeres.

439. En relación a los programas preventivos poblacionales:

a) El Programa de Asistencia Dental Infantil (PADI) garantiza asistencia dental básica y de calidad a todos los niños y niñas desde los 5 a los 15 años.
b) En el cribado de cáncer de mama, la población diana son todas las mujeres de la comunidad autónoma del País Vasco, entre 50 y 69 años (ambos inclusive) y las mujeres de 40-49 años con antecedentes familiares de cáncer de mama de primer grado con carácter bienal.
c) El Programa de cribado neonatal de enfermedades congénitas de Euskadi es un programa de carácter universal dirigido a todos los recién nacidos de Euskadi con el objetivo de identificar la presencia de una serie de enfermedades de alta incidencia en nuestro medio.
d) El País Vasco fue la primera comunidad autónoma en España en implementar un programa de cribado organizado con prueba de Virus del Papiloma Humano (VPH) en 2019.

440. La Comisión Europea señala las principales amenazas del cambio climático para el 2030:

a) Conflictos por los recursos, daños y riesgos económicos para las ciudades costeras y las infraestructuras.
b) Migraciones por causas ambientales, tensiones por el suministro de energía.
c) Presiones sobre la gobernanza internacional.
d) a) b) y c).

441. En el Plan de Salud Euskadi 2030 se establecen 13 retos estratégicos. ¿Cuál de las respuestas siguientes NO corresponde a uno de estos retos?

a) Reducción de las desigualdades en salud.
b) La cronicidad y la morbimortalidad con más impacto en la esperanza y calidad de vida en Euskadi
c) La capacidad del sistema de salud pública y privado para hacer frente a los nuevos retos
d) La gestión de riesgos globales (sanitarios, financieros, tecnológicos, de movilidad, agenda 2030).

442. Entre los objetivos (resultados) a largo plazo en el plan de Salud Euskadi 2030 están:

a) Lograr que los niños, niñas y adolescentes nazcan, crezcan y se desarrollen con todo su potencial de salud.
b) Mejorar la salud y reducir la morbimortalidad evitable
c) Conseguir un envejecimiento orientado al enfoque de vida plena.
d) a) b) y c)

443. Cuál de estos objetivos instrumentales NO pertenece al plan de Salud Euskadi 2030:

a) OG4 Desarrollar y Fortalecer un entorno de humanización evaluable.
b) OG5 Fortalecer el sistema de Salud Pública para lograr la sostenibilidad y excelencia y hacer frente a los actuales y nuevos retos.
c) OG6 Crear y desarrollar entornos y comunidades saludables, sostenibles y resilientes y responder al cambio climático.
d) OG7 Invertir en la investigación y la innovación de Euskadi y su aplicación en la mejora de los sistemas que inciden en salud.

444. En el Plan de Salud Euskadi 2030, el objetivo específico 4.1: Centrar el modelo asistencial en la persona y en obtener resultados en salud, se despliega en líneas estratégicas principales:

a) En una línea estratégica.
b) En dos líneas estratégicas.
c) En tres líneas estratégicas.
d) En cuatro líneas estratégicas.

445. La gobernanza del Plan de Salud Euskadi 2030, debe ser coherente con la misión y los principios definidos, debe facilitar el logro de la visión y los objetivos establecidos, y debe contemplar aspectos vinculados como:

a) La creación del Plan de Salud Euskadi 2030.
b) La promoción del Plan de Salud Euskadi 2030.
c) La monitorización del nivel de desarrollo de las Líneas Estratégicas del Plan de Salud Euskadi 2030.

d) El compromiso para la evaluación de los datos de seguimiento obtenidos en la implantación del plan.

446. La presidencia del Consejo director del Plan de Salud Euskadi 2030 la asume:

a) La Consejera/o de Salud.
b) La/el Lehendakari.
c) La Directora/o General de Osakidetza.
d) La Directora/o de Asistencia Sanitaria.

447. Cuál de estas funciones NO corresponde a la Dirección Técnica del Plan de Salud Euskadi 2030.

a) Velar por el cumplimiento de los principios rectores del Plan de Salud en su desarrollo e implementación.
b) Asegurar el compromiso interinstitucional e interdepartamental de las/los agentes implicados en materializar la Visión del PS.
c) Ser el órgano de referencia y tracción para el despliegue del Plan de Salud, realizando un seguimiento continuado.
d) Gestionar las publicaciones y páginas web relacionadas.

448. Cuál de estas frases, respecto a la planificación, gestión y programación, es FALSA:

a) La gestión consiste fundamentalmente en asignar recursos a lo programado.
b) La gestión persigue conseguir lo planificado.
c) La visión de futuro hace referencia a la programación.
d) La planificación es la previsión anticipada de cualquier acontecimiento.

449. Los planes de salud son el resultado de:

a) La planificación normativa.
b) La planificación estratégica.
c) La planificación operativa.
d) La planificación sociopolítica.

450. La técnica Delphi (Señale la respuesta FALSA):

a) Consiste en un método de grupo.
b) Utiliza una serie de cuestionarios enviados por correo.
c) El proceso termina cuando hay consenso o cuando la información obtenida es suficiente.
d) Los encuestados deben estar en contacto para discutir los resultados.



EJERCICIOS PRÁCTICOS

CASO PRÁCTICO 1

Nos encontramos en un hospital con una lista de espera quirúrgica de 1.150 pacientes. Este hospital tiene 220 camas, con un índice de ocupación del 85 %, la estancia media es de 6 días y una presión de urgencias de 55 %.

451. ¿Cuál sería el tiempo de absorción de esa lista de espera quirúrgica de 1.150 pacientes?

a) 32 días.
b) 40 días.
c) 82 días.
d) 92 días.

452. El hospital se está planteando disminuir a 30 días el tiempo de absorción de la lista de espera quirúrgica, y para ello se va a derivar pacientes de la lista de espera a otro centro sanitario. ¿Qué número de pacientes deben derivar para disminuir la lista de espera quirúrgica a 30 días?

a) 500 pacientes.
b) 600 pacientes.
c) 730 pacientes.
d) 800 pacientes.

CASO PRÁCTICO 2

Un paciente ingresado en un Servicio que gestiona Ud. debe ser sometido a una intervención quirúrgica de alto riesgo y complejidad y consiente en ello, pero no desea que le informen, al mismo tiempo que solicita explícitamente que no informen del riesgo a sus amistades, y dice no tener relación con su familia. Señala además que quiere hacer, previo a la cirugía, un "testamento vital".

453. Sobre el derecho de información de la persona paciente, señale la INCORRECTA:

a) La persona titular del derecho a la información es la persona paciente. También serán informadas las personas vinculadas a ella, por razones familiares o de hecho, en la medida que la persona paciente lo permita de manera expresa o tácita.
b) Cuando la persona paciente manifieste expresamente su deseo de no ser informada, se respetará su voluntad haciendo constar su renuncia documentalmente.
c) El personal médico responsable de la persona paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. El personal que le atienda durante el proceso

asistencial o le aplique una técnica o un procedimiento concreto también será responsable de informarle.

d) Cuando la persona paciente no quiera recibir información relativa a un procedimiento no es necesaria la obtención de consentimiento.

454. Sobre la prestación del consentimiento informado, señale la INCORRECTA:

a) Cuando se trate de personas menores no incapaces ni incapacitadas, pero emancipadas o con dieciséis años cumplidos, no cabe prestar el consentimiento por representación.
b) El consentimiento será verbal por regla general. Sin embargo, se prestará por escrito en los casos siguientes: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud de la persona paciente.
c) Si se produce un internamiento obligatorio de personas, una vez adoptadas las medidas pertinentes de conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 3/1986, se comunicarán a la autoridad judicial en el plazo máximo de 48 horas.
d) En algunos casos, el personal facultativo podrá llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud de la persona paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento.

455. El paciente ha manifestado su deseo de recoger sus voluntades anticipadas en un documento, para favorecer la toma de decisiones en caso de que la intervención lo incapacitara a tal efecto. Sobre las voluntades anticipadas, señale la INCORRECTA:

a) El documento de instrucciones previas recoge el deseo de la persona paciente sobre cómo proceder con respecto al cuidado y tratamiento de su salud.
b) El documento de instrucciones previas recoge el deseo de la persona paciente sobre cómo proceder con respecto al destino de su cuerpo y de sus órganos una vez haya fallecido.
c) La persona paciente puede designar una persona representante para que, en caso de que presente incapacidad para decidir por sí misma, tome las decisiones que considere oportunas concernientes a la salud de la persona paciente.
d) Se trata de un derecho de las personas pacientes contemplado en la Ley correspondiente con la denominación de “instrucciones previas”.

456. En el transcurso de la intervención el paciente fallece y la familia solicita el acceso a la historia clínica del finado. Sobre los derechos de acceso a la misma, señale la INCORRECTA

a) Las personas pacientes no pueden prohibir que tras su muerte sus familiares puedan acceder a su historia clínica.
b) La persona paciente tiene el derecho de acceso, con algunas reservas, a la documentación de la historia clínica, y a obtener copia de los datos que figuran en ella.
c) El derecho de acceso de la persona paciente a la historia clínica puede ejercerse también por representación debidamente acreditada.

d) El personal profesional participante en la elaboración de la historia clínica puede oponer al derecho de acceso la reserva de sus anotaciones subjetivas.

CASO PRÁCTICO 3

Una paciente se presenta en el Servicio de Atención a Pacientes y personas Usuarias (SAPU) de un hospital de la red de Osakidetza. La paciente usuaria presenta el documento de inclusión en lista de espera quirúrgica para que le sea practicada una intervención quirúrgica de cirugía cardíaca. La paciente usuaria refiere estar muy preocupada porque desconoce la fecha en la que va a ser intervenida y nadie se ha puesto en contacto con ella para informarla En los registros de lista de espera, figura que esta paciente fue incluida hace 26 semanas.

Responda a las siguientes preguntas, en relación al análisis de esta petición y la posible respuesta.

457. En relación al plazo para la realización de dicha intervención:

a) La persona paciente debería haber sido intervenida antes de cumplirse 30 días tras su inclusión en el registro de lista de espera quirúrgica.
b) La persona paciente debería haber sido intervenida antes de cumplirse 60 días tras su inclusión en el registro de lista de espera quirúrgica.
c) La persona paciente debería haber sido intervenida antes de cumplirse 90 días tras su inclusión en el registro de lista de espera quirúrgica.
d) La persona paciente debería haber sido intervenida antes de cumplirse 180 días tras su inclusión en el registro de lista de espera quirúrgica.

458. En relación a los posibles derechos de esta paciente usuaria:

a) Transcurridos los plazos de respuesta establecidos en el decreto 65/2006, esta paciente usuaria puede solicitar autorización para recibir atención en otro centro sanitario dentro de la oferta sanitaria existente en Euskadi.
b) Transcurridos los plazos de respuesta establecidos en el decreto 65/2006, esta paciente usuaria puede solicitar autorización para recibir atención en otro centro sanitario fuera de la oferta sanitaria existente en Euskadi.
c) Transcurridos los plazos de respuesta establecidos en el decreto, esta paciente usuaria sólo debe ser intervenida en su centro sanitario.
d) Ninguna de las respuestas es correcta.

459. Para la tramitación del ejercicio de este derecho, la paciente usuaria deberá realizar:

a) Solicitud dirigida al Departamento de Sanidad, que deberá ser presentada en el hospital en el que se encuentre en situación de espera de intervención quirúrgica. La respuesta de resolución deberá ser dictada en un plazo máximo de 20 días.

b) Solicitud dirigida al Departamento de Sanidad, que deberá ser presentada en el centro de salud asignado a la paciente. La respuesta de resolución deberá ser dictada en un plazo máximo de 20 días.
c) Solicitud dirigida al Director Gerente de la OSI, que deberá ser presentada en el hospital en el que se encuentre en situación de espera de intervención quirúrgica o en el centro de salud asignado al paciente. La respuesta de resolución deberá ser dictada en un plazo máximo de 20 días.
d) Ninguna es correcta.

460. En relación a la posible derivación a otro centro sanitario:

a) El Departamento de Sanidad abonará directamente los gastos de la intervención quirúrgica en caso de que la misma se practique en el centro sanitario al que se le hubiera derivado.
b) El Departamento de Sanidad no abonará directamente los gastos de la intervención quirúrgica, aunque se practique en el centro sanitario al que se le hubiera derivado.
c) El Departamento de Sanidad abonará directamente los gastos de la intervención quirúrgica en caso de que la misma se practique en cualquier centro sanitario.
d) El Departamento de Sanidad no abonará los gastos en ningún caso.

CASO PRÁCTICO 4

La persona responsable de la Unidad de Gestión Sanitaria ha recibido el informe de evaluación de su organización según el Modelo de Gestión Avanzada de Euskalit, tras haber recibido su organización un reconocimiento por haber demostrado tener un nivel avanzado en su gestión.

¿Qué aspectos fundamentales debe conocer sobre el modelo?

461. El Modelo de Gestión Avanzada está dirigido a:

a) Cualquier organización independientemente de su sector, tamaño y nivel de avance.
b) Exclusivamente a empresas industriales que tengan en su estructura un departamento de calidad.
c) Cualquier organización, siempre y cuando disponga de un departamento de calidad.
d) Exclusivamente organizaciones sanitarias, siempre y cuando tengan una Dirección de Calidad en su Equipo Directivo.

462. Las ideas o buenas prácticas que se recogen en cada uno de los subelementos de acción del Modelo:

a) Deberían ser tomadas como una referencia para la reflexión y no como algo prescriptivo o de obligado cumplimiento.
b) Son prescriptivas y de obligado cumplimiento.
c) Sólo son obligatorias aquellas que hacen referencia los elementos de acción.

d) Son prescriptivas y de obligado cumplimiento sólo para organizaciones de más de 50 trabajadores/as.

463. ¿Qué elementos habrá evaluado el equipo evaluador para comprobar que la organización es merecedora de este reconocimiento?

a) Estrategia, Clientes, Personas y liderazgo, Procesos, Sociedad, Innovación y Resultados.
b) Estrategia, Clientes, Personas, Sociedad, Innovación y Resultados.
c) Liderazgo, Personas, Política y estrategia, Alianzas y recursos, Procesos, Resultados en Personas, Resultados en Clientes, Resultados en la Sociedad y Resultados clave.
d) Ninguna de las tres es correcta.

CASO PRÁCTICO 5

Varón de 55 años que ingresa para cirugía programada sobre hombro derecho.
AP: No alergias conocidas. Hipotiroidismo en tratamiento con control analítico correcto. Psoriasis vulgar con afectación cutánea. Obesidad. Neumotórax espontáneo en 2020. No HTA, No DM, No DLP.
Diagnóstico: Rotura completa supraespinoso, artrosis acromioclavicular y tendinopatía PLB hombro derecho.
Protocolo quirúrgico:

- **Hallazgos: Rotura y calcificaciones del supraespinoso que abarca la práctica totalidad del mismo, artrosis acromioclavicular y tendinopatía por distensión de la PLB derecho.**
- **Técnica: Artroscopia de hombro derecho, con tenotomía PLB, refresado de clavícula externa, descompresión subacromial, resección de calcificaciones y sutura del supraespinoso.**

464. Entre los diagnósticos que presenta, ¿cuál sería el diagnóstico principal de este ingreso?

a) M75.121: Desgarro o rotura completos de manguito de los rotadores de hombro derecho, no especificados como traumáticos.
b) S46.021A: Desgarro de músculo(s) y tendón(es) de manguito de los rotadores del hombro derecho, contacto inicial.
c) M75.31: Tendinitis calcificada de hombro derecho.
d) M75.21: Tendinitis bicipital, hombro derecho.

465. Señale cuál de los siguientes procedimientos realizados NO es correcto registrar:

a) Artroscopia hombro derecho.
b) Reparación de la rotura completa del supraespinoso.
c) Resección de la calcificación del tendón del supraespinoso.
d) Descompresión subacromial



466. Según el sistema de codificación de Procedimientos CIE-10-ES, entre los tipos de procedimientos que extirpan o eliminan una estructura anatómica total o parcialmente se encuentran los siguientes EXCEPTO:

a) Escisión
b) Destrucción
c) Extracción
d) Extirpación

467. Señale la definición CORRECTA sobre el procedimiento de Extirpación:

a) Eliminar o cortar, sin sustituir, una estructura anatómica completa.
b) Erradicación total o parcial de una parte del cuerpo mediante el uso directo de energía, fuerza o agente destructivo.
c) Extraer o eliminar una sustancia sólida de una estructura anatómica.
d) Retirar, extirpar o arrancar total o parcialmente una estructura anatómica aplicando una fuerza

CASO PRÁCTICO 6

Una paciente ha acudido al servicio de urgencias de un hospital de Osakidetza por un cuadro clínico ginecológico. Al pasar a la sala de consulta observa que hay presentes tres personas que parecen profesionales de la sanidad, todas con vestimenta clínica de diferente color. Una de ellas se dirige a la paciente haciéndole directamente preguntas sobre sus síntomas, nada más entrar a la consulta. La paciente no tiene claro quiénes son las personas presentes, ni su titulación/especialización sanitaria. Por ello, antes de nada (y por supuesto antes de someterse a la exploración), quiere resolver sus dudas:

468. ¿Qué derechos le asisten a la paciente?

a) La paciente tiene derecho a preguntar y conocer solo la identidad y especialidad del personal facultativo que en dicha sala de consulta le va a explorar e informar del diagnóstico.
b) La paciente tiene derecho a conocer en todo momento a la persona profesional de la salud responsable de su diagnóstico, cuidado y tratamiento, así como su nombre, la titulación y la especialidad de las y los profesionales sanitarios que le atienden, y a distinguir fácilmente su estatus profesional.
c) La paciente puede preguntar y tiene derecho a ser informada únicamente de la titulación y especialización sanitaria de las y los profesionales que están presentes en la consulta, así como de la circunstancia de que una de esas personas es un o una residente de primer año que acaba de comenzar su residencia.
d) La paciente tiene derecho a saber a qué titulación sanitaria corresponde el color de la vestimenta clínica, por lo que puede preguntar, después de la consulta médica, en el servicio de atención pacientes.

CASO PRÁCTICO 7

Como gestor sanitario, le solicitan que promueva la creación de una Unidad de Gestión Clínica (en adelante, UGC). Para ello, Ud. necesita tener en cuenta algunos aspectos contemplados en el acuerdo de 23 de Julio de 2019 del Consejo Vasco De Salud, por el que se regula la constitución, estructura y funcionamiento de las unidades de gestión clínica, las unidades de referencia y los acuerdos de gestión clínica.

469. En el primer punto de su memoria para la creación de la UGC que le solicitan, Ud. quiere definir en qué consiste una UGC. Señale la INCORRECTA:

a) Las UGC podrán agrupar servicios o unidades completas pertenecientes a la misma o a diferentes organizaciones de servicios.
b) Las UGC podrán integrar recursos adscritos a una determinada unidad o servicio, que deberá integrarse en la UGC en su totalidad.
c) Las UGC no cuentan con personalidad jurídica propia.
d) Se pueden constituir UGC formadas por 2 o más unidades de atención primaria y/o puntos de atención continuada

470. La propuesta de constitución de la UGC comprenderá necesariamente:

a) La cartera de servicios que propone.
b) Los costes derivados de su puesta en funcionamiento.
c) El volumen de pacientes o de actividad previsto para la Unidad.
d) Todas son correctas.

471. Deberá redactar un Acuerdo de Gestión Clínica (AGC). Con respecto al mismo, señale la INCORRECTA:

a) El AGC será objeto de evaluación bienal.
b) La evaluación se efectuará por parte de la dirección gerencia de la Organización de Servicios cuando se trate de una UGC de una sola OSI.
c) En el acuerdo deberá constar el presupuesto de ingresos y gastos de la Unidad.
d) Deberán constar en el acuerdo los criterios y mecanismos para el reparto de incentivos que, en su caso, se contemplen.

472. La UGC deberá tener una persona responsable. Con respecto a esta figura, señale la INCORRECTA:

a) No realizará labor asistencial, para poder centrar su dedicación en la gestión de la UGC.
b) Elaborará la propuesta de AGC de la UGC.
c) Ejercerá las funciones de máxima autoridad jerárquica y de jefatura de todo el personal integrado en la Unidad, siempre que no estén atribuidas a otros órganos.
d) Presidirá la Comisión de Dirección de la Unidad.



473. La UGC dispondrá de una Comisión de Dirección con funciones asesoras, de planificación y de seguimiento de las actividades y objetivos de la propia Unidad. A este respecto, señale la correcta:

a) Deberá contar con una presidencia, que ocupará la persona responsable de la Unidad.
b) Las vocalías serán nombradas por la Dirección Gerencia de la organización por periodos de 1 año.
c) La Comisión es consultiva, por lo que no puede aprobar normativas o procedimientos.
d) La persona designada para la vocalía con perfil de Enfermería será distinta de quien ejerza la superioridad jerárquica de la Unidad, si la hubiere.

CASO PRÁCTICO 8

474. A la dirección médica de un hospital de Osakidetza llega un escrito en el cual la persona firmante manifiesta su condición de hija adoptada de un paciente fallecido tres meses antes, durante su último ingreso en el hospital. En su escrito solicita que se le facilite el acceso a la historia clínica del paciente, ya que una compañía de seguros le pide justificación documentada de la causa de la muerte y así poder solicitar el pago de la suma asegurada de la póliza de seguro de vida del fallecido. Al escrito la solicitante adjunta una copia de su DNI y una copia (fehaciente) del testamento en el que es nombrada heredera del fallecido. ¿Qué respuesta se debe dar a tal escrito? Marcar la única respuesta correcta.

a) ACCEDER a lo solicitado ya que la solicitante acredita que es una persona vinculada al paciente por razones familiares y por ello tiene derecho a tal acceso conforme a lo dispuesto en el art. 3 de la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantía de derechos digitales y el art. 18.4 de la Ley 48/2002
b) DENEGAR la solicitud ya que el acceso a las historias clínicas de las personas pacientes fallecidas no puede ser facilitado más que a los hijos/as naturales y a la persona cónyuge viuda.
c) ACCEDER a lo solicitado ya que la solicitante acredita de forma fehaciente que el paciente fallecido tenía un seguro de vida y que ella es la beneficiaria de tal póliza
d) DENEGAR lo solicitado ya que el art. 3 de la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y garantía de derechos digitales prohíbe el acceso a los datos personales de salud de las personas fallecidas.

475. SALUD INTEGRAL S.L. es la empresa titular de una clínica ginecológica en la que prestan servicios laborales por cuenta ajena 10 personas, incluyendo 5 profesionales de la medicina especialistas. La clínica tiene un volumen medio de unas 3.000 consultas/año y tiene registrados datos personales (incluyendo sus historias clínicas) de 3.575 personas pacientes desde su apertura en 1990. ¿Tiene obligación legal esta clínica ginecológica de nombrar una persona delegada de protección de datos? Marcar la única respuesta correcta:

a) NO, ya que, conforme a lo dispuesto en el art. 34.1 l) de la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y de garantía de derechos digitales, aunque la clínica es un centro



sanitario legalmente obligado al mantenimiento de las historias clínicas de las pacientes, no es un centro HOSPITALARIO.

b) SÍ, ya que, conforme a lo dispuesto en el art. 34.1 l) de la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y de garantía de derechos digitales, la clínica es un centro sanitario legalmente obligado al mantenimiento de las historias clínicas de las pacientes y, en este caso, los y las profesionales que ejercen su actividad en la misma NO lo hacen a título INDIVIDUAL.
c) NO, ya que, conforme a lo dispuesto en el art. 36.1 l) de la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y de garantía de derechos digitales, la clínica no es un centro sanitario.
d) SÍ, ya que, conforme a lo dispuesto en el art. 34.1 l) de la Ley Orgánica 3/2018 de protección de datos y de garantía de derechos digitales, TODO centro o profesional de la sanidad, SIN EXCEPCION, AUNQUE EL O LA PROFESIONAL EJERZA LA ACTIVIDAD A TITULO INDIVIDUAL, debe nombrar a una persona Delegada de Protección de Datos, por tratar datos de salud.

CASO PRÁCTICO 9

Paciente de 78 años, diagnosticado de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Antecedentes personales: exfumador desde hace 10 años, trabajador jubilado de una fábrica metalúrgica. Vive solo en un piso sin ascensor. Tiene una hija que vive cerca y le ayuda con las compras y las gestiones. No tiene apoyo social ni participa en actividades comunitarias. El paciente tiene un alto nivel de dependencia funcional y requiere cuidados domiciliarios. Tiene dificultad para el autocuidado y el manejo de su medicación. Presenta episodios frecuentes de descompensación que le llevan a ingresar en el hospital varias veces al año. Tiene un mal control glucémico y tensional, y presenta signos de deterioro cognitivo.

476. Teniendo en cuenta la situación de este paciente, y en el contexto de la estrategia de la persona paciente con enfermedad crónica en Euskadi, señale la respuesta correcta en relación al abordaje de su situación:

a) Es necesaria una actuación centrada solamente en el control de los procesos de reagudización de las diferentes patologías del paciente.
b) El paciente recibirá la atención que le propongan desde su OSI para la reagudización de los procesos y hará todo lo que se le indique sin tener en cuenta su valoración.
c) Se tendrá en cuenta la participación de la hija del paciente en el proceso de su plan de atención.
d) Ninguna respuesta es correcta.

477. Según la pirámide de estratificación de riesgos en pacientes con enfermedades crónicas "Kaiser Permanente", en qué nivel de la misma clasificaría la situación de este paciente.

a) Nivel 3: Pacientes con complejidad media. Sufren complicaciones y necesitan cierto grado de gestión.

b) Nivel 3: Pacientes con complejidad media. Sufren complicaciones y necesitan alto grado de gestión.
c) Nivel 4: Pacientes con alta complejidad. Urge coordinación sanitaria de cuidados.
d) Nivel 4: Pacientes con alta complejidad. No urge coordinación sanitaria de cuidados.

478. Una reagudización de cualquiera de las patologías concomitantes de este paciente, supone una serie de actuaciones que conllevan determinados niveles de atención y diferentes costes económicos al sistema sanitario. En el caso de padecer una reagudización de su EPOC e Insuficiencia cardiaca y con descompensación de su diabetes mellitus, indique cuál de estas opciones le parece correcta:

a) El paciente precisará una hospitalización en hospital de agudos, con seguimiento medicalizado medio (coste diario inferior a 700 euros) y suponiendo una disrupción muy elevada en su vida diaria y en su entorno.
b) El paciente precisará una hospitalización en hospital de agudos, con seguimiento medicalizado avanzado (coste diario superior a 700 euros) y suponiendo una disrupción muy elevada en su vida diaria y en su entorno.
c) El paciente precisará una hospitalización en hospital de agudos, con seguimiento medicalizado avanzado (coste diario superior a 700 euros) y suponiendo una disrupción leve en su vida diaria y en su entorno.
d) El paciente precisará una hospitalización en hospital de agudos, con seguimiento medicalizado medio (coste diario inferior a 700 euros) y suponiendo una disrupción leve en su vida diaria y en su entorno.

479. A la hora de definir una estrategia de política sanitaria para el abordaje de las patologías crónicas, indique cuál de éstas NO le parece que haya de tenerse en cuenta para planificar las líneas de la Atención Continuada:

a) Autocuidado y educación a la persona paciente. Apoyo en Asociaciones de Pacientes crónicos.
b) Historia Clínica Unificada.
c) Competencias avanzadas de enfermería.
d) Desarrollo de hospitales de subagudos.

480. Teniendo en cuenta el perfil del paciente del caso que nos ocupa, indique cuál de éstas opciones le parece correcta en relación al abordaje de su situación:

a) El paciente precisaría una atención sanitaria coordinada y estable.
b) El paciente precisaría una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable.
c) El paciente precisaría una atención social coordinada y estable.
d) El paciente precisaría una atención domiciliaria, coordinada y estable

CASO PRÁCTICO 10

La Declaración de Alma Ata, promovida en 1978 por la Organización Mundial de la Salud (OMS), dio un impulso decisivo a la Atención Primaria (AP). Poco después, en España tuvimos la oportunidad de recoger esos principios en el Real Decreto 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud. En Euskadi, desde el inicio de su reforma en la década de los 80, la Atención Primaria ha jugado un papel fundamental en el sistema sanitario vasco, y ha desarrollado funciones imprescindibles para proporcionar a todas las personas que viven en nuestra comunidad autónoma una asistencia sanitaria de calidad.

481. Entre las funciones que caracterizan a la Atención Primaria en Euskadi, señale la respuesta correcta:

a) La Atención Primaria es el principal actor del sistema sanitario en el diagnóstico y tratamiento de las patologías agudas.
b) La atención a domicilio, básica para el control adecuado de los problemas crónicos.
c) La longitudinalidad asistencial, como característica distintiva del nivel de Atención Primaria frente a cualquier otro dispositivo asistencial del sistema.
d) Las respuestas b) y c) son correctas.

482. Con frecuencia se hace referencia a la necesidad de demostrar que la Atención Primaria es un eslabón fundamental del sistema sanitario y que debe ser dotado de una mayor financiación. A tenor de esta reflexión, señale cuál de estas afirmaciones considera usted que NO es correcta:

a) El modelo asistencial, la autogestión y la financiación en Atención Primaria son tres conceptos independientes y no relacionados.
b) El Departamento de Salud y Osakidetza creen necesario una identificación precisa del presupuesto asociado a la Atención Primaria en términos de plantilla, equipamientos y actividad.
c) Es necesario iniciar el debate sobre un cambio de modelo que permita una mayor autogestión al nivel de Atención Primaria.
d) Es necesario iniciar el debate sobre un cambio de modelo que vaya más allá de un límite de consultas al día o de la inyección adicional de recursos profesionales como respuesta al incremento de demanda asistencial.

483. La Línea Estratégica 1 de la Estrategia para la Atención Primaria en Euskadi, hace referencia a revalorizar la función y el papel de este nivel de la atención sanitaria. Entre las acciones que desarrolla, identifique cuál de las siguientes opciones NO es CORRECTA:

a) Desplegar la fisioterapia como parte de la cartera de servicios de Atención Primaria.
b) Abordar las funciones de Farmacéutico de Atención Primaria.
c) Definir un modelo de contabilidad financiera del gasto en Atención Primaria
d) Limitar la accesibilidad a pruebas complementarias que se puedan solicitar con carácter general por parte de los médicos/as de familia.

484. La estrategia de Atención Primaria pasa necesariamente por consolidar la figura de la enfermería como profesionales con un campo de acción específico que implica, además, una orientación al ámbito sociosanitario y comunitario. Entre las prioridades del desarrollo del perfil de enfermería de Atención Primaria, señale cuál de las siguientes NO forma parte de esta línea estratégica:

a) El despliegue de la consulta de enfermería.
b) La referenciabilidad (sin asignación de cupo) de la enfermera/o.
c) La mejora continua en la continuidad asistencial.
d) El desarrollo de la función de enfermería comunitaria.

CASO PRÁCTICO 11

La Ley 8/1997, de 26 de junio, de Ordenación Sanitaria de Euskadi, contempla, como una de sus bases organizativas, que en cada Área de Salud se garantice una adecuada ordenación de la atención primaria en coordinación con la atención hospitalaria mediante una máxima eficiencia sanitaria. En enero de 2023 es nombrada una nueva gerente para una OSI que cuenta con servicios y unidades de atención primaria, un hospital de carácter general y atiende a una población asignada de 235.000 habitantes.

485. Esta nueva gerente ha de saber que su OSI cuenta con el apoyo de algunos servicios del ente público Osakidetza – Servicio Vasco de Salud, de entre los que No forman parte:

a) Dirección General del ente público Osakidetza – Servicio Vasco de Salud.
b) Centro vasco de Transfusión y Tejidos Humanos.
c) Osatek, S.A.
d) Red de atención a la Cronicidad en Euskadi.

486. En razón al tamaño y a la complejidad, y según la tipología de clasificación de las OSI, ¿a qué tipo corresponde la OSI que ha de gestionar esta nueva directiva? Señale la respuesta correcta:

a) Tipo I
b) Tipo II.
c) Tipo III
d) Tipo IV.

487. Esta nueva gerente dispondrá de los siguientes órganos de dirección para apoyarla en el gobierno y gestión de su OSI, a excepción de:

a) La Dirección Médica.
b) La Dirección de Atención Integrada.
c) La Dirección Económico-Financiera.
d) El Consejo de Dirección.

488. Entre las funciones que deberá asumir esta Gerente para gestionar debidamente esta OSI, señale cuál de éstas NO es correcta:

a) Aprobar los proyectos que deben desarrollarse por el equipo directivo de la Gerencia de la OSI.
b) Aprobar los planes estratégicos de la OSI.
c) Aprobar los presupuestos de la OSI.
d) Aprobar el Plan de Gestión Anual de la OSI.

CASO PRÁCTICO 12

489. Tu organización ha decidido presentarse en 2025 a una evaluación externa de Euskalit según el Modelo de Gestión Avanzada. ¿Cuántos elementos integran el Modelo de Gestión Avanzada, y tendrán que recogerse en la guía que se entregue al equipo evaluador?

a) 5 elementos: Estrategia, Clientes, Personas, Transformación Digital y Resultados.
b) 5 elementos: Estrategia, Clientes, Personas, Sociedad y Medioambiente e Innovación.
c) 6 elementos: Estrategia, Clientes, Personas, Sociedad y Medioambiente, Innovación y Resultados.
d) 6 elementos: Estrategia, Clientes, Personas, Sociedad y Medioambiente, Transformación Digital y Resultados.

490. El Modelo de Gestión Avanzada ofrece un marco genérico de elementos y buenas prácticas que pueden aplicarse…

a) En organizaciones de más de 250 personas.
b) En organizaciones públicas vascas.
c) En organizaciones industriales de menos de 250 personas.
d) Todas las anteriores son correctas.

491. Para conocer el grado de avance en la gestión de tu organización el equipo evaluador utilizará dos tablas de valoración. El Modelo propone 4 diferentes niveles de avance, ¿cuáles?

a) Básico/ Intermedio/ Desarrollado/ Avanzado.
b) Bajo/ Medio/ Alto/ Muy alto.
c) Muy bajo/ Bajo/ Medio/ Alto.
d) Nivel 1/ Nivel 2/ Nivel 3/ Nivel 4.

492. ¿Qué aspectos propone el Modelo valorar en las tablas de valoración de los Elementos de Acción para obtener la valoración global de cada uno de ellos?

a) Planificación, implantación y mejora.
b) Planteamiento, despliegue, evaluación y ajuste.
c) Pensamiento, sistemática y evaluación.

d) Utilidad, despliegue y mejora.

493. El Modelo de Gestión Avanzada puede tener diferentes utilidades:

a) Fuente de aprendizaje sobre gestión ya que incorpora las tendencias más actuales de una forma clara y sencilla.
b) Herramienta de reflexión para identificar el grado de avance y aspectos en los que seguir trabajando.
c) Las respuestas a) y b) son correctas.
d) Ninguna de las respuestas anteriores es correcta.

CASO PRÁCTICO 13

En una organización sanitaria de Osakidetza (OSI), se está evaluando la cumplimentación de los objetivos e indicaciones de la Estrategia de Seguridad del Paciente. El Gerente de la OSI te plantea las siguientes dudas:

494. ¿Cuál de las siguientes NO está considerado como línea de acción prioritaria?

a) Prevención y control de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.
b) Cirugía segura.
c) Transporte sanitario seguro.
d) Identificación inequívoca de las personas pacientes.

495. Dentro de las acciones para la prevención de las IRAS en Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), ¿cuál de los siguientes proyectos NO está contemplado en el Plan 2020?

a) Proyecto Bacteriemia Zero.
b) Proyecto Neumonía Zero.
c) Proyecto Resistencias Zero.
d) Todas son ciertas (todas se contemplan).

496. La implementación de la SNASP en nuestra OSI, conlleva las siguientes acciones:

a) Formar a las personas pacientes en seguridad.
b) Notificar todas las incidencias sin daño.
c) Elaborar una Guía de Recomendaciones para la gestión de los efectos adversos.
d) Todas ellas.

497. La estrategia de Seguridad del Paciente 2020 de Osakidetza incluye algunas de las siguientes líneas de acción. Señale cuál de ellas NO es correcta:

a) Implicación de las personas pacientes en su seguridad.

b) Optimización en la prescripción de pruebas diagnósticas que utilizan radiación ionizante.
c) Seguridad de la persona paciente en los servicios de Urgencias.
d) Seguridad de la persona paciente en las Unidades de Salud Mental.

498. El estándar establecido para el indicador del porcentaje de personas hospitalizadas correctamente identificadas (con el brazalete de identificación corporativo) es:

a) 100 %
b) 95 %
c) 75 %
d) 50 %

CASO PRÁCTICO 14

En el consultorio rural de una Organización Sanitaria de Osakidetza (OSI), una mujer de 17 años ha presentado un escrito por el que solicita que sean eliminados de su historia clínica los datos referentes a una interrupción voluntaria de embarazo (IVE) que le fue practicada el pasado año. Solicita copia íntegra de la Historia Clínica que exista en Osakidetza (que incluya todos los centros de la red donde haya sido atendida posteriormente) para comprobar que los datos referentes a IVE se han borrado. También solicita el registro de accesos realizados a su Historia Clínica durante este último año dado que algunas personas familiares y amigas son trabajadoras de Osakidetza. La mujer presenta su solicitud y adjunta la documentación personal en vigor necesaria.

Responda a las siguientes preguntas, en relación al análisis de esta petición y la posible respuesta.

499. En relación al lugar para poder tramitar esta solicitud, es cierto que esta paciente:

a) Puede dirigir la solicitud a la Dirección Gerencia de la OSI correspondiente especificando la información que se solicita y de qué episodio asistencial se trata.
b) Puede dirigir la solicitud a la Dirección General de Asistencia Sanitaria especificando la información que se solicita y de qué episodio asistencial se trata.
c) Las respuestas a y b son ciertas.
d) Puede dirigir la solicitud directamente a la persona responsable del centro o servicio sanitario o, en su caso, al servicio correspondiente de atención a pacientes, especificando la información que se solicita y de qué episodio asistencial se trata.

500. En relación a la posible respuesta a esta ciudadana sobre la petición de borrado de informes clínicos y de datos de la HC recogidos para su atención en los diferentes centros sanitarios en los que hubiera de ser atendida, cuál cree que es la actitud más adecuada a seguir

a) Consultar con el personal profesional implicado en la atención y elaboración de estos informes clínicos, para que aporten información sobre si los datos recogidos y la documentación clínica existente es pertinente, adecuada y no excesiva.
b) Tener en cuenta la normativa sanitaria y en materia de protección da datos, que sí recogen el derecho a la cancelación cuando los datos sean inadecuados o excesivos o a la rectificación si son inexactos. En tal caso la persona titular debe indicar a qué datos se refiere y aportará la documentación que lo justifique.
c) El fin principal de la Historia Clínica es facilitar la asistencia sanitaria, al dejar constancia en ella de los datos que permitan el conocimiento veraz y actual de la situación clínica. La normativa también recoge la obligación de conservar los datos al menos durante 5 años a partir del episodio, así como la documentación que se podrá expurgar y cual es necesario conservar.
d) Todas las afirmaciones anteriores son correctas en relación al derecho de rectificación y cancelación de datos de la HC.