

CONVOCATORIA PÚBLICA ESPECÍFICA PARA LA PROVISIÓN TEMPORAL DE UN PUESTO DE TÉCNICO/A DE GESTIÓN DOCUMENTAL, BIBLIOTECA Y ARCHIVO, EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE GRANADA, DEPENDIENTE DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE GRANADA DE FECHA 5 DE JUNIO DE 2026, (Código SAS 11166)

DILIGENCIA: Para hacer constar que el cuestionario de preguntas y la plantilla de respuestas correspondientes a la convocatoria citada se publicará durante el día de la firma de la presente diligencia en la página Web del SAS y en la página Web del Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada.

Las personas aspirantes podrán impugnar preguntas, o reclamar contra las respuestas dadas por correctas en las plantillas, mediante solicitud dirigida a la Comisión de Valoración. Dichas impugnaciones podrán presentarse en el **plazo de tres días hábiles** a contar desde el día de la publicación de la plantilla en la web del Servicio Andaluz de Salud.

EL GERENTE

P.S. La Directora Económico-Administrativa y Servicios Generales
(Resolución 29/94, de 23 de diciembre, de la Dirección Gerencia del S.A.S.)
Fdo.: Inmaculada Aragón Alba

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
1/13

INMACULADA ARAGON ALBA		16/07/2026	PÁGINA 1/13
VERIFICACIÓN	BndJAQ7BEVF5U7SUNT9SVRFYAV8HBN	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	

CUADERNILLO DE EXAMEN CONVOCATORIA PÚBLICA ESPECÍFICA PARA LA PROVISIÓN TEMPORAL DE UN PUESTO DE TÉCNICO DE GESTIÓN DOCUMENTAL, BIBLIOTECA Y ARCHIVO, , EN EL ÁREA DE GESTIÓN SANITARIA SUR DE GRANADA, DEPENDIENTE DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD, SEGÚN RESOLUCIÓN DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE FECHA 05 DE JUNIO DE 2026.

INSTRUCCIONES

- Esta prueba consta de 50 preguntas, numeradas de la 1 a la 50, y 6 preguntas más de reserva, situadas al final del cuestionario, numeradas de la 51 a la 56.
- Las preguntas de esta prueba teórica/práctica deben ser contestadas en la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 1 a la 50.
- Las preguntas de reserva deben ser contestadas en la zona destinada a «Reserva» de la «Hoja de Respuestas», numeradas de la 51 a la 56.
- Todas las preguntas de esta prueba tienen el mismo valor y sumarán un máximo posible de 100 puntos.
- Todas las preguntas tienen 4 respuestas alternativas, pudiendo ser una la respuesta.
- Las contestaciones erróneas se penalizarán con $\frac{1}{4}$ del valor del acierto.
- Solo se calificarán las respuestas marcadas en su «Hoja de Respuestas».
- Compruebe siempre que el número de respuesta que señale en su «Hoja de Respuestas» es el que corresponde al número de pregunta del cuadernillo.
- Este cuadernillo puede utilizarse en su totalidad como borrador.

EXAMEN TEÓRICO/PRÁCTICO

COMPETENCIAS GENERALES

1. En relación con la organización del Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA), señale la afirmación correcta:

- A) El Servicio Andaluz de Salud carece de personalidad jurídica diferenciada de la Junta de Andalucía.
- B) El Servicio Andaluz de Salud desarrolla su actividad exclusivamente a través de las Áreas de Gestión Sanitaria.
- C) Las Áreas de Gestión Sanitaria integran, bajo una dirección única, los dispositivos de atención primaria y de atención hospitalaria de su ámbito territorial.
- D) Los Distritos Sanitarios dependen orgánicamente de las Áreas de Gestión Sanitaria.

2. Según la Ley 39/2015 de Procedimiento administrativo, si una solicitud no reúne los requisitos exigidos, la Administración requerirá subsanación en plazo de:

- A) 3 días
- B) 5 días hábiles
- C) 10 días
- D) 15 días hábiles

3. De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la Ley Orgánica 3/2018, los datos relativos a la salud tienen la consideración de:

- A) Datos identificativos básicos.
- B) Datos especialmente protegidos o categoría especial.
- C) Datos administrativos ordinarios.
- D) Datos estadísticos no protegidos.

4. Durante la preparación de un informe de seguimiento de indicadores de una unidad, se detecta discrepancia entre dos sistemas corporativos del SAS respecto al número de consultas realizadas. La actuación más adecuada sería:

- A) Utilizar el dato más alto por prudencia.
- B) Calcular la media entre ambos.
- C) Revisar la fuente de origen, reglas de extracción y validación del dato.
- D) Solicitar nueva carga anual.

5. La vigilancia de la salud de los trabajadores tiene carácter:

- A) Obligatorio en todos los supuestos
- B) Generalmente voluntario, salvo excepciones legales
- C) Discrecional para la Dirección
- D) Exclusivo del personal sanitario asistencial

6. En relación con factores psicosociales, se considera riesgo laboral:

- A) Sobrecarga mantenida y falta de control sobre tareas
- B) Exclusivamente violencia externa
- C) Solo agresiones físicas
- D) Únicamente turnicidad nocturna

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

3/13

INMACULADA ARAGON ALBA		16/07/2026	PÁGINA 3/13
VERIFICACIÓN	BndJAQ7BEVF5U7SUNT9SVRFYAV8HBN	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	

7. De conformidad con el artículo 6 de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del personal estatutario de los servicios de salud, el personal estatutario se clasifica atendiendo a:

- A) La función desarrollada, el nivel del título exigido para el ingreso y el tipo de su nombramiento.
- B) La antigüedad, el grupo retributivo y el destino desempeñado.
- C) La categoría profesional, la carrera profesional y el nivel orgánico.
- D) El puesto de trabajo, la especialidad y la jornada realizada.

GESTIÓN DOCUMENTAL

8. Con carácter general, y de conformidad con 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, ¿cuál es el plazo mínimo durante el que los centros sanitarios deben conservar la documentación clínica de cada paciente?

- A) Tres años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- B) Cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- C) Diez años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.
- D) Diez años contados desde la fecha de fallecimiento del paciente.

9. Según la normativa que regula el uso de la historia clínica, el derecho de acceso del paciente a su historia clínica no podrá ejercitarse:

- A) En contra del derecho de terceras personas a la confidencialidad de los datos recogidos en interés terapéutico del paciente.
- B) Sin contar con la autorización del profesional responsable del episodio asistencial.
- C) En perjuicio del derecho de los profesionales a la salvaguarda de sus anotaciones subjetivas.
- D) Son correctas la A y la C.

10. La normativa fundamental aplicable a la historia clínica está recogida en:

- A) Ley 13/2009, de 8 de mayo, de actualización de los sistemas de información sanitaria y registro de la actividad clínica.
- B) 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.
- C) Real Decreto-Ley 5/2004, de 23 de febrero, de creación del Registro de Atención Especializada y adaptación de la estructura de la historia clínica.
- D) Ninguna de las anteriores.

11. En el Programa de Acreditación de Unidades de Gestión Clínica de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA), la certificación puede otorgarse en alguno de los siguientes niveles:

- A) Nivel I / Nivel II / Nivel III.
- B) Inicial / Medio / Avanzado.
- C) Avanzado / Óptimo / Excelente.
- D) Básico, Avanzado y Excelente.

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada
4/13

INMACULADA ARAGON ALBA		16/07/2026	PÁGINA 4/13
VERIFICACIÓN	BndJQA7BEVF5U7SUNT9SVRFYAV8HBN	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	

12. Conforme a la normativa sobre autonomía del paciente y protección de datos personales, ¿quién puede ejercer los derechos de acceso y, cuando proceda legalmente, de rectificación respecto de los datos contenidos en la historia clínica?

- A) La persona titular de la historia clínica.
- B) Su representante debidamente acreditado, en los supuestos legalmente previstos.
- C) En caso de fallecimiento, las personas vinculadas al paciente por razones familiares o de hecho, salvo prohibición expresa del fallecido y con los límites establecidos legalmente.
- D) Todas las respuestas anteriores son correctas.

13. Para la codificación clínica de diagnósticos y procedimientos documentados en los informes de alta de hospitalización del SAS -información que se incluyen en el CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)-, ¿qué sistema de clasificación se utiliza actualmente de forma normalizada?:

- A) CIAP-2.
- B) CIE-10-ES.
- C) CIE-9-MC.
- D) SNOMED-CT.

14. El personal de administración y gestión de un centro sanitario, según la normativa básica que regula el acceso a la historia clínica:

- A) Puede acceder a la totalidad de los datos clínicos y asistenciales para facilitar la gestión del centro.
- B) Solo pueden acceder a los datos relacionados con sus propias funciones.
- C) Necesita autorización expresa de la Dirección Gerencia para cada acceso individual.
- D) Tiene las mismas limitaciones de acceso que el personal de inspección y evaluación externa.

15. Cuando se detecta que un mismo paciente dispone de dos números únicos de historia de salud de Andalucía (NUHSA) con actividad asistencial registrada en ambos, la actuación correcta será:

- A) Eliminar directamente el NUHSA más antiguo.
- B) Modificar los datos identificativos de uno de los registros para evitar coincidencias.
- C) Tramitar la unificación o fusión de ambas historias conforme al procedimiento corporativo establecido, manteniendo la integridad y la trazabilidad de toda la información asistencial.
- D) Mantener ambas historias independientes sin realizar ninguna actuación en el sistema.

ESTRATEGIA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA (SSPA)

16. ¿Desde qué año viene implementando la sanidad pública andaluza políticas de seguridad del paciente de forma estratégica o planificada?

- A) 1986
- B) 2002
- C) 2006
- D) 2014

17. ¿En qué año se publicó la actualización de la Estrategia para la Seguridad del Paciente analizada en el documento?

- A) 2011
- B) 2014
- C) 2017
- D) 2019

18. Según el documento, ¿cuál es el propósito (misión) de la ESSPA?

- A) Sustituir al Sistema Nacional de Salud en materia de seguridad
- B) Liderar el diseño, planificación, despliegue y evaluación de las políticas para la seguridad del paciente
- C) Evaluar exclusivamente la satisfacción del paciente
- D) Financiar la investigación biomédica en Andalucía

19. ¿Cuántas áreas clave estructuran la ESSPA?

- A) 4
- B) 5
- C) 6
- D) 8

20. ¿Cuál de las siguientes NO es un área clave de la ESSPA?

- A) Gestión de riesgos. Aprendizaje y mejora continua
- B) Atención integral segura
- C) Financiación sanitaria internacional
- D) Implicación activa de pacientes y ciudadanía

21. ¿Qué valor de la ESSPA hace referencia a que todas las personas reciban atención con igual nivel de seguridad, independientemente de su territorio, género o circunstancias?

- A) Transparencia
- B) Equidad
- C) Innovación
- D) Participación

22. ¿Qué cuestionarios (adaptados al español) se utilizaron para valorar la cultura de seguridad entre los profesionales del SSPA?

- A) SERVQUAL y NPS
- B) HSPSC y MOSPS (versiones de la AHRQ)
- C) PISA y TIMSS
- D) EQ-5D y SF-36

23. El proyecto de Análisis de la Cultura de Seguridad del Paciente en el SSPA, integrado en el análisis de situación de la ESSPA, recogió información de:

- A) Menos de 1.000 profesionales
- B) Más de 22.000 profesionales
- C) Únicamente al personal directivo de los centros
- D) Solo a los pacientes atendidos, no a los profesionales

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

6/13

INMACULADA ARAGON ALBA		16/07/2026	PÁGINA 6/13
VERIFICACIÓN	BndJAQ7BEVF5U7SUNT9SVRFYAV8HBN	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	

24. ¿Qué órgano se encarga de la planificación estratégica, evaluación y aprobación de las políticas de seguridad del paciente en el SSPA?

- A) El Grupo Coordinador
- B) El Comité Director
- C) La Comisión Operativa Asesora
- D) El Comité Técnico

25. ¿Qué práctica clínica del Área 3 (Atención integral segura) busca reconocer fidedignamente al paciente antes de procedimientos diagnósticos o terapéuticos de riesgo?

- A) Transferencia segura del paciente
- B) Identificación inequívoca del paciente y verificación
- C) Conciliación de la medicación
- D) Cirugía segura

26. Según la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, edición 2019, ¿qué guías se citan como referencia para el diseño, desarrollo e implantación seguros de las tecnologías de la información sanitaria?

- A) Las guías SAFER.
- B) Las normas ISO 9001.
- C) El Reglamento General de Protección de Datos.
- D) Los estándares HL7.

27. Según la Estrategia para la Seguridad del Paciente del Sistema Sanitario Público de Andalucía, ¿qué institución publica anualmente un informe de referencia sobre los principales riesgos asociados a las tecnologías sanitarias?

- A) La Organización Mundial de la Salud.
- B) ECRI Institute.
- C) The Joint Commission.
- D) El National Health Service.

28. En la gestión de riesgos (Área 2), ¿a quiénes se refiere el concepto de “segundas víctimas”?

- A) A los pacientes que sufren el evento adverso
- B) A los familiares del paciente afectado
- C) A los profesionales o equipos implicados en el evento adverso
- D) A los centros u organizaciones sanitarias involucradas

29. ¿Cuál de los siguientes es uno de los cuatro principios fundamentales sobre los que se constituye la Gobernanza de la ESSPA?

- A) Centralización total de las decisiones
- B) Transversalidad de sus actuaciones en todo el SSPA
- C) Exclusividad del ámbito hospitalario
- D) Confidencialidad absoluta frente a la ciudadanía

30. ¿Qué área clave se centra en la generación, transferencia y difusión del conocimiento, así como en la investigación y la formación de profesionales en seguridad del paciente?

- A) Área 1: Seguridad en la organización
- B) Área 5: Implicación activa de pacientes y ciudadanía
- C) Área 6: Conocimiento e innovación en seguridad del paciente
- D) Área 4: Seguridad del paciente y tecnologías de la información sanitaria

CALIDAD ASISTENCIAL Y ACREDITACIÓN ACSA

31. ¿Qué es un indicador de calidad?

- A) El nombre que recibe el responsable de calidad de una unidad
- B) Una medida cuantificable que permite valorar un aspecto concreto de la atención o de la organización
- C) Un tipo de encuesta de satisfacción exclusivamente
- D) Un documento legal que regula la actividad del centro

32. Según el modelo de Donabedian, un indicador que mide, por ejemplo, 'el porcentaje de historias clínicas con el consentimiento informado cumplimentado', es un indicador de:

- A) Estructura
- B) Satisfacción exclusivamente
- C) Proceso
- D) Resultado

33. ¿Cuál de las siguientes es una característica deseable que debe cumplir un buen indicador de calidad?

- A) No estar relacionado con ningún objetivo de la unidad
- B) Ser válido y fiable, es decir, medir realmente lo que se pretende medir de forma reproducible
- C) Ser difícil de medir para garantizar su fiabilidad
- D) Cambiar de definición cada vez que se recoge el dato

34. El diagrama de Ishikawa (causa-efecto) se utiliza principalmente para:

- A) Establecer la cronología de implantación de un proceso
- B) Representar gráficamente las posibles causas de un problema agrupadas por categorías
- C) Priorizar problemas según su frecuencia acumulada
- D) Calcular el coste económico de una no conformidad

35. ¿Qué se entiende por 'no conformidad' en un sistema de gestión de calidad?

- A) El incumplimiento de un requisito establecido, ya sea normativo, de un estándar o de un procedimiento
- B) Cualquier sugerencia de mejora aportada por un profesional
- C) La satisfacción insuficiente del usuario en una encuesta
- D) Un indicador que supera el estándar fijado

36. Un plan de mejora derivado de una auditoría de calidad debe incluir, como mínimo:

- A) Las acciones a implantar, el responsable de cada una y el plazo de ejecución
- B) Únicamente la fecha de la próxima auditoría
- C) La opinión del auditor sobre el desempeño global del servicio
- D) Solo la descripción del problema detectado, sin más detalle

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

8/13

INMACULADA ARAGON ALBA		16/07/2026	PÁGINA 8/13
VERIFICACIÓN	BndJQA7BEVF5U7SUNT9SVRFYAV8HBN	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	

37. ¿Qué entidad desarrolla y gestiona los programas de acreditación de centros, unidades y profesionales en el Sistema Sanitario Público de Andalucía?

- A) La Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en Salud.
- B) La Inspección de Servicios Sanitarios.
- C) La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).
- D) El Consejo Andaluz de Salud.

38. El proceso de acreditación de centros o unidades por la ACSA tiene carácter:

- A) Obligatorio para todos los centros públicos y privados
- B) Sancionador, impuesto tras una inspección
- C) Voluntario, iniciado a solicitud del propio centro o unidad
- D) Exclusivo para unidades de nueva creación

39. En el Manual de Estándares de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía aplicable a las Unidades de Gestión Clínica, los estándares clasificados como Grupo I tienen la consideración de:

- A) Obligatorios.
- B) Recomendables.
- C) Optativos.
- D) Exclusivamente orientativos.

40. ¿Qué diferencia principal existe entre la autoevaluación y la evaluación externa en el proceso ACSA?

- A) La autoevaluación la realiza el propio centro o unidad como ejercicio previo de reflexión y evidencias; la evaluación externa la realizan evaluadores acreditados por la agencia
- B) La autoevaluación solo puede hacerla el director del centro
- C) Son la misma fase repetida dos veces por motivos administrativos
- D) La evaluación externa no requiere evidencias documentales

41. En el contexto de una evaluación ACSA, ¿qué se entiende por 'evidencia objetiva'?

- A) Cualquier dato, documento o registro verificable que demuestra el cumplimiento real de un estándar
- B) La impresión subjetiva que el evaluador transmite verbalmente
- C) El número de años de funcionamiento de la unidad
- D) La opinión del jefe de servicio sobre la calidad de su equipo

42. Cuando una unidad recibe hallazgos negativos (no conformidades) tras una evaluación ACSA, ¿qué debe hacer habitualmente en la fase de respuesta del solicitante?

- A) Nada, los hallazgos son solo informativos
- B) Aportar evidencias correctoras adicionales que subsanen o argumenten el hallazgo, dentro del plazo establecido
- C) Solicitar la anulación completa del proceso de acreditación
- D) Esperar cuatro años hasta la siguiente convocatoria

43. ¿Cuál es la diferencia entre la acreditación de una unidad o centro y la certificación de un profesional en el modelo de la ACSA?

- A) Son procesos idénticos que se denominan de forma distinta según la comunidad autónoma
- B) La certificación profesional solo existe para personal administrativo
- C) La acreditación evalúa a la organización como conjunto; la certificación valora las competencias profesionales de una persona concreta
- D) La acreditación de centros no requiere ningún estándar de seguridad

44. ¿Cuál de los siguientes documentos forma parte de la metodología de un Proceso Asistencial Integrado (PAI) del Servicio Andaluz de Salud?

- A) El mapa de procesos y el desarrollo detallado del proceso asistencial.
- B) El presupuesto anual del centro sanitario.
- C) La relación nominal del personal de la unidad
- D) El plan anual de vacaciones de los profesionales

45. ¿Qué papel desempeña la Unidad o Comisión de Calidad Asistencial de un centro en relación con el proceso de acreditación ACSA?

- A) Coordinar la recogida de evidencias, el seguimiento de los planes de mejora y el impulso de la cultura de calidad en la unidad
- B) Sustituir a los evaluadores externos en la visita de acreditación
- C) Aprobar directamente la concesión de la acreditación
- D) Ninguno, el proceso lo gestiona exclusivamente la agencia

46. Una vez concedida, la acreditación de una unidad o centro por la ACSA:

- A) Tiene una vigencia limitada en el tiempo, tras la cual debe solicitarse la renovación o reacreditación
- B) Se revisa únicamente si cambia el equipo directivo del centro
- C) Solo es válida para el profesional que la solicitó, no para la unidad
- D) Tiene carácter indefinido y nunca requiere revisión

47. ¿Qué es un Proceso Asistencial Integrado (PAI) en el modelo de gestión por procesos del Servicio Andaluz de Salud?

- A) Un indicador aislado de actividad asistencial
- B) Una secuencia de actuaciones que ordena y coordina la atención al paciente a lo largo de todo su recorrido asistencial, con independencia del nivel o dispositivo que la preste
- C) Un documento meramente administrativo sin repercusión clínica
- D) Un protocolo exclusivo de un único servicio hospitalario sin relación con otros niveles asistenciales

48. ¿Cuál de los siguientes elementos NO forma parte habitual de los componentes de un PAI?

- A) El organigrama jerárquico completo de la gerencia del centro
- B) Destinatarios y objetivos
- C) Características de calidad e indicadores
- D) Definición global del proceso

49. El principal objetivo de la gestión por procesos en el ámbito sanitario es:

- A) Sustituir completamente la gestión por objetivos de las unidades
- B) Eliminar la necesidad de indicadores de seguimiento
- C) Orientar la organización hacia el paciente, asegurando la continuidad, coordinación y coherencia de las actuaciones entre los distintos profesionales y niveles asistenciales
- D) Reducir exclusivamente el número de profesionales necesarios

50. En el seguimiento de un PAI, los indicadores de resultado permiten fundamentalmente:

- A) Sustituir a los indicadores de proceso en todos los casos
- B) Evaluar exclusivamente el cumplimiento de plazos administrativos internos
- C) Medir únicamente los recursos materiales disponibles en la unidad
- D) Valorar el efecto final de la atención sobre la salud o la satisfacción del paciente

PREGUNTAS DE RESERVA

51. Según la Ley 39/2015, cuando las normas reguladoras de un procedimiento no fijen plazo máximo para resolver:

- A) 6 meses
- B) 1 mes
- C) 3 meses
- D) 12 meses

52. Durante el análisis de indicadores de calidad, aumenta el absentismo por IT musculoesquelética en personal administrativo. La actuación inicial más adecuada sería:

- A) Limitar permisos
- B) Revisar evaluación ergonómica del puesto y organización del trabajo
- C) Incrementar productividad
- D) Solicitar informe económico exclusivamente

53. Según el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD), el plazo general para atender una solicitud de ejercicio de derechos (acceso, rectificación, etc.) del interesado es:

- A) 10 días hábiles, improrrogables
- B) Un mes, ampliable dos meses más cuando sea necesario, teniendo en cuenta la complejidad y el número de solicitudes
- C) Tres meses, improrrogables
- D) Seis meses desde la recepción de la solicitud

54. De conformidad con la Ley 39/2015, el sentido del silencio administrativo en los procedimientos iniciados a solicitud del interesado es, con carácter general:

- A) Siempre desestimatorio, sin excepciones
- B) Estimatorio, salvo que una norma con rango de ley, una norma de Derecho de la Unión Europea o de Derecho internacional aplicable en España establezca lo contrario
- C) Inexistente: la Administración nunca puede dejar de resolver expresamente
- D) Dependiente del criterio exclusivo de cada unidad administrativa

55. ¿Cuál es la finalidad principal del CMBD (Conjunto Mínimo Básico de Datos)?

- A) Registrar exclusivamente los datos económicos de facturación del paciente
- B) Recoger de forma normalizada la información clínica y administrativa de cada episodio asistencial para su explotación estadística y de gestión
- C) Sustituir a la historia clínica electrónica del paciente
- D) Servir únicamente como sistema de citación previa

56. ¿Cuál es la función principal del Referente de Seguridad del Paciente designado en cada centro del SSPA?

- A) Ser el canal de comunicación y coordinación entre su centro y la Estrategia para la Seguridad del Paciente del SSPA
- B) Sustituir a la Dirección Gerencia en la toma de decisiones clínicas
- C) Auditar exclusivamente los aspectos económicos del centro
- D) Ninguna de las anteriores

Área de Gestión Sanitaria Sur de Granada

12/13

INMACULADA ARAGON ALBA		16/07/2026	PÁGINA 12/13
VERIFICACIÓN	BndJAQ7BEVF5U7SUNT9SVRFYAV8HBN	https://ws050.juntadeandalucia.es/verificarFirma/	

PLANILLA DE RESPUESTAS TEÓRICO					
PREGUNTAS	RESPUESTAS	PREGUNTAS	RESPUESTAS	PREGUNTAS	RESPUESTAS
1	C	18	B	35	A
2	C	19	C	36	A
3	B	20	C	37	C
4	C	21	B	38	C
5	B	22	B	39	A
6	A	23	B	40	A
7	A	24	B	41	A
8	B	25	B	42	B
9	D	26	A	43	C
10	B	27	B	44	A
11	C	28	C	45	A
12	D	29	B	46	A
13	B	30	C	47	B
14	B	31	B	48	A
15	C	32	C	49	C
16	C	33	B	50	D
17	D	34	B		

PLANILLA DE RESPUESTAS DE RESERVA	
PREGUNTAS RESERVA	RESPUESTAS RESERVA
51	C
52	B
53	B
54	B
55	B
56	A