



CÓDIGO DE CONVOCATORIA: AFS34L24-7

RESOLUCIÓN DEFINITIVA DEL TRIBUNAL CALIFICADOR DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS PARA ACCESO AL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO, ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, POR EL TURNO DE ACCESO LIBRE CONVOCADAS POR ORDEN DE 29 DE ABRIL DE 2025, DE LA CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, HACIENDA, FONDOS EUROPEOS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL (B.O.R.M. DE 5 DE MAYO DE 2025), POR LA QUE SE PUBLICA LA RELACIÓN DE ASPIRANTES QUE HAN REALIZADO EL SEGUNDO EJERCICIO.

Transcurrido el plazo de reclamaciones y resueltas las producidas,

RESUELVE:

Primero.- Publicar la relación de aspirantes que han realizado el SEGUNDO EJERCICIO de las pruebas selectivas para acceso al CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO, ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, por el turno de Acceso Libre, con indicación de la puntuación obtenida, que se recoge en el/los anexo/s:

Segundo.- Contra la presente Resolución, que no agota la vía administrativa, cabe interponer recurso de alzada ante el Excmo/a. Sr./Sra. Consejero/a de Economía, Hacienda, Portavocía, Fondos Europeos y Transformación Digital, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a la exposición de esta Resolución en el Tablón de Anuncios del Registro General de la CARM, situado en la Oficina Corporativa de Atención al Ciudadano de carácter general (Avda. Infante D. Juan Manuel, nº 14, 30011 de Murcia) y en <http://empleopublico.carm.es/>.

Murcia, 17 de junio de 2026
LA PRESIDENCIA DEL TRIBUNAL,
Fdo.: Monteagudo Piqueras, Olga





CÓDIGO: AFS34L24-7
CONVOCATORIA DE ACCESO LIBRE AL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO,
ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN MEDICINA PREVENTIVA Y
SALUD PÚBLICA

ANEXO I
OPOSITORES/AS QUE HAN SUPERADO EL SEGUNDO EJERCICIO
ASPIRANTES POR EL TURNO DE ACCESO LIBRE

	DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	PUNTUACIÓN
1	***8949**	ANDREU IVORRA, BLANCA	8.900
2	***8905**	CABRERA CASTRO, NATALIA ALEJAN	7.100
3	***1365**	CORBALAN FERNANDEZ, ANA MARIA	7.700
4	***4120**	GARCIA RAMIREZ, YAIZA	5.450
5	***4080**	MARTÍNEZ PORTILLO, ALEJANDRO	7.650
6	***9229**	SORIANO LOPEZ, JESUS	9.200
7	***1211**	VALCARCEL DE LAIGLESIA, MARIA ANGEL	5.750





CÓDIGO: AFS34L24-7
CONVOCATORIA DE ACCESO LIBRE AL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO,
ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN MEDICINA PREVENTIVA Y
SALUD PÚBLICA

ANEXO II
OPOSITORES/AS QUE HAN SUPERADO EL SEGUNDO EJERCICIO
ASPIRANTES POR EL TURNO DE DISCAPACIDAD DE ACCESO LIBRE

DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	PUNTUACIÓN
-----	--------------------	------------

18/06/2026 10:12:28

MONTEAGUDO PIQUERAS, OLGA

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) CARM-77c0a5d-6aed-11f1-9bd9-0242000007b





CÓDIGO: AFS34L24-7
CONVOCATORIA DE ACCESO LIBRE AL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO,
ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN MEDICINA PREVENTIVA Y
SALUD PÚBLICA

ANEXO III
OPOSITORES/AS QUE NO HAN SUPERADO EL SEGUNDO EJERCICIO
ASPIRANTES POR EL TURNO DE ACCESO LIBRE

	DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	PUNTUACIÓN
1	***2038**	ALARCON LINARES, MARIA ESTER	4.500
2	***0242**	SANCHEZ LOPEZ, MARIA BELEN	4.600
3	***3854**	SANCHEZ RODRIGUEZ, DIEGO	3.500

18/06/2024 10:12:28

MONTEAGUDO PIQUERAS, OLGA

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo el código seguro de verificación (CSV) CARM-77c0a5d-6aed-11f1-9bd9-0242000007b





CÓDIGO: AFS34L24-7
CONVOCATORIA DE ACCESO LIBRE AL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO,
ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN MEDICINA PREVENTIVA Y
SALUD PÚBLICA

ANEXO IV
OPOSITORES/AS QUE NO HAN SUPERADO EL SEGUNDO EJERCICIO
ASPIRANTES POR EL TURNO DE DISCAPACIDAD DE ACCESO LIBRE

	DNI	APELLIDOS Y NOMBRE	PUNTUACIÓN
1	***2382**	ALCAZAR CONTRERAS, NOEMI	4.150
2	***0311**	ROMÁN SÁNCHEZ, JUAN	4.000



CÓDIGO CONVOCATORIA: AFS34L24-7

ANUNCIO DEL TRIBUNAL CALIFICADOR DE LAS PRUEBAS SELECTIVAS DE ACCESO LIBRE AL CUERPO SUPERIOR FACULTATIVO, ESCALA SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, OPCIÓN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA, CONVOCADAS POR ORDEN DE 29 DE ABRIL DE 2025, DE LA CONSEJERÍA DE ECONOMÍA, HACIENDA, FONDOS EUROPEOS Y TRANSFORMACIÓN DIGITAL (B.O.R.M. DE 5 DE MAYO DE 2025), POR EL QUE SE PUBLICAN LAS RESPUESTAS A LAS RECLAMACIONES A LAS CALIFICACIONES DEL SEGUNDO EJERCICIO.

El Tribunal Calificador de las pruebas selectivas para acceso al Cuerpo Superior Facultativo, Escala Superior de Salud Pública, Opción Medicina Preventiva y Salud Pública (Código AFS34L24-7) ha examinado las reclamaciones presentadas al segundo ejercicio y acuerda, una vez analizadas las mismas, su desestimación.

La respuesta a las reclamaciones presentadas se incorpora a continuación, dándose por notificadas a las personas interesadas.

1. D.^a Noemí Alcázar Contreras

Revisada la valoración otorgada a cada uno de los casos prácticos que formaban parte del segundo examen, se considera adecuada y se mantiene, procediendo a continuación a la descripción de las valoraciones del tribunal sobre la resolución de aquellos por parte de la aspirante:

CASO PRÁCTICO 1

El caso práctico 1- Consta de 5 preguntas.

Pregunta 1^a

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto. Se corrige siguiendo el protocolo vigente de la Región de Murcia del año 2025 (disponible en el siguiente enlace del portal sanitario de murciasalud: <https://www.murciasalud.es/documents/128166/10296560/202506-Protocolo+de+actuaci%C3%B3n+frente+a+la+hepatitis+A-RMurcia.pdf/610b1df6-b476-e93d-2866-c8ac612d9afc?t=1750144702155>). El punto se desglosa teniendo en cuenta los apartados de dicho protocolo: **Descripción de la transmisión (0,2 puntos), Periodo de incubación y transmisibilidad (0,2 puntos), Criterios de clasificación (0,2 puntos), Medidas preventivas (0,2 puntos) y Medidas ante un caso y un brote (0,2 puntos).**

La opositora responde parcialmente al apartado “descripción de la transmisión” por lo que es valorado con una puntuación de 0,1.

Pregunta 2^a

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto. Se corrige siguiendo el documento titulado “Investigación epidemiológica de campo: aplicación al estudio de brotes. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Tercera edición. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares No 26. Washington, D.C.: OPS; 2017”. El punto se desglosa teniendo en cuenta los principales apartados



de dicho documento: **Confirmar la ocurrencia de un brote (0,1 punto); Establecer una definición operacional de caso (0,1 punto); Realizar la búsqueda activa de casos (0,2 punto); Caracterizar el brote en tiempo, lugar y persona (0,2 punto); Generar hipótesis y adoptar medidas de control inmediato (0,1 punto); Poner en marcha las acciones de prevención y control específicas en respuesta al informe técnico inicial (0,2 punto); Preparar un informe técnico de investigación de campo (0,1 punto).**

La opositora responde parcialmente a los apartados “confirmar la ocurrencia de un brote y poner en marcha las acciones de prevención y control específicas en respuesta al informe técnico inicial” por lo que es valorada con una puntuación de 0,2.

Pregunta 3ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 0,5 puntos, repartido proporcionalmente de la siguiente manera: **Tasa de ataque global (0,2 puntos), Tasa de ataque específica 1 (0,1 punto), Tasa de ataque específica 2 (0,1 punto) y el procedimiento seguido para realizar dicho cálculo (0,1 punto).**

La opositora calcula correctamente todas las tasas, pero no describe el procedimiento seguido para dicho cálculo, por lo que es valorada con una puntuación de 0,4.

Pregunta 4ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto, repartido proporcionalmente de la siguiente manera: **Riesgo Relativo 1 (0,3 puntos), Riesgo Relativo 2 (0,3 puntos), Intervalo de Confianza (0,3 puntos) y el procedimiento seguido para dicho cálculo (0,1 puntos)**

La opositora calcula correctamente los dos riesgos relativos, pero no calcula el Intervalo de Confianza ni describe el procedimiento seguido para dicho cálculo, por lo que es valorada con una puntuación de 0,6.

Pregunta 5ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1,5 puntos, repartido proporcionalmente de la siguiente manera: **Interpretación de las Tasas de Ataque (0,3 puntos), Interpretación de los Riesgos Relativos (0,3 puntos), Interpretación del Intervalo de Confianza (0,3 puntos) y Medidas preventivas y de control del brote según el protocolo vigente de la Región de Murcia (0,6 puntos)**

La opositora interpreta parcialmente las tasas de ataque y los dos riesgos relativos, aunque no lo hace en esta pregunta, lo realiza en las previas, pero se acepta la respuesta. No interpreta Intervalo de Confianza. Las medidas preventivas y de control del brote sólo coinciden con el protocolo vigente en lo relativo a la higiene de manos. Esta pregunta es valorada con una puntuación de 0,6.

CASO PRÁCTICO 2

Pregunta 1ª



Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 2 puntos: 1 para la descripción del análisis y 1 para el razonamiento de indicadores seleccionados.

Con la información que le han facilitado:

- describa el análisis que puede hacer

- razone la selección de los indicadores hospitalarios elegidos para su informe.

Se ha puntuado con un 1 punto.

Se enumeran indicadores y describe la mayoría de ellos, pero comente un error en el indicador de mortalidad intrahospitalaria: cita extrahospitalaria (y en el numerador no cita si son muertes dentro del hospital por lo que se entiende que son muertes extrahospitalarias). Además, cita como utilidad de este indicador el de mejorar la esperanza de vida hospitalaria (concepto confuso, ya que existe la esperanza de vida poblacional como tal, calculada en bases a las llamadas tablas de mortalidad, que analizan cuántas personas de una población fallecen a distintas edades en un año determinado y determina el promedio de años que le restan de vida a una persona de una edad exacta, pero no existe como tal el indicador de esperanza de vida intrahospitalaria).

Los aspectos a valorar en este apartado eran, por ejemplo:

Edad media (citada en el examen, junto con la mediana y su cálculo), pero no explica su interpretación: la edad media de los pacientes al ingreso puede orientar sobre la gravedad clínica de los mismos al ir asociada a una mayor comorbilidad, una mayor estancia media y mortalidad intrahospitalaria.

Distribución por nivel de severidad del GRD (no citada en el examen): el agrupador ha tenido en cuenta la edad, las comorbilidades, la existencia de un procedimiento quirúrgico, el tipo de alta, etc. Esto permite estudiar el nivel de complejidad clínica teniendo en cuenta todas estas variables.

Estancia media (citada y comentada parcialmente en el examen). Ejemplo de respuesta: No se trata de una medida directa de la calidad (producto final o resultados en salud), sino productos intermedios básicos. Este indicador mide el tiempo promedio que una unidad organizativa tarda en resolver los episodios de hospitalización (no cita la resolutiveidad en el examen). Refleja la permanencia de los pacientes en el hospital. Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como del uso del recurso cama (no cita este uso de la EM tampoco).

Mediante la estancia media se puede identificar si la utilización del recurso cama es adecuada o no (no citado). Cada procedimiento médico tiene asignado un determinado rango de estancia media, siendo preciso revisar aquellos casos en los que los días de estancia sean demasiado cortos o demasiado largos. Por ejemplo, una estancia muy corta en ciertos procedimientos quirúrgicos aumenta el riesgo de reingresos debido a posibles complicaciones.

Aspectos que pueden influir sobre la EM y que hay que tener en cuenta en el análisis (no citados):

- El tipo de hospital: hospital de agudos, crónicos, monográficos, psiquiátricos, etc.
- El grado de especialización: comarcal, provincial, terciario, etc.
- El tipo de servicio: medicina interna, cirugía, pediatría, etc.
- Diagnóstico y complejidad
- Disponibilidad de recursos alternativos: hospitalización a domicilio.
- La organización del hospital: Cirugía Mayor Ambulatoria, pruebas preoperatorias, pruebas extrahospitalarias, etc.

Mortalidad intrahospitalaria (cita extrahospitalaria, erróneamente): orienta sobre la gravedad de los pacientes atendidos o la calidad asistencial (abordada erróneamente con el concepto de



‘esperanza de vida hospitalaria). Así, cada individuo fallecido es una señal que identifica los puntos de actuación específica dentro de una organización sanitaria que deberían ser objeto de una revisión más exhaustiva.

Pregunta 2ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto: 0,33 para el cálculo, 0,33 para la interpretación y 0,33 conclusiones.

Calcule la estancia media y la mortalidad intrahospitalaria cruda para el hospital A y para el hospital B. Describa en texto cómo ha realizado el cálculo, interprete los resultados y extraiga conclusiones.

Se ha valorado con 1 punto completo.

Pregunta 3ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto: 0,33 para el cálculo, 0,33 para la interpretación y 0,33 conclusiones

Realice un ajuste del riesgo de la estancia media. Describa en texto cómo ha realizado el cálculo, interprete los resultados y extraiga conclusiones.

Se ha valorado con 0,25

Compara la EM cruda de los hospitales directamente con la estancia media española facilitada, no siendo comparables por su diferente casuística.

No se ha realizado un ajuste indirecto con cálculo de indicadores clásicos de gestión hospitalaria como el EMAF (estancia media ajustada por funcionalidad), que además es imprescindible para el cálculo del IEMA de la pregunta 4, o el Índice de Complejidad (IC). No se ha utilizado la EM española (norma) como estándar de comparación, sino directamente para la comparación.

Ha faltado:

	EM español la (1)	Nº epis A (2)	Nº epis B (3)	Estanci a A	Estanci a B	Estancia esperada funcionalid ad A (1 X 2)	Estancia esperada funcionalid ad B (1 X 3)
GRD							
194-1	5,95	3	2	10	6	17,85	11,90
194-2	7,28	4	2	22	11	29,12	14,56
194-3	8,95	2	4	14	60	17,90	35,80
194-4	12,94	2	3	24	34	25,88	38,82
Total							
GRD	8,08	11	11	70	111	90,75	101,08
						8,25	9,19
						1,02	1,14
							EMAF
							IC

Estancia Media Ajustada por Funcionamiento o EMAF (EM esperada):

Interpretaciones:

- estancia media que habría tenido cada hospital si hubiera atendido a sus mismos casos (Altas Hosp.) con la estancia media que para cada GRD ha tenido el Estándar (EM PATRÓN O NACIONAL).
- estancia media que habría presentado el hospital si hubiese tratado su propia casuística con el funcionamiento (EM por GRD) del estándar.
- EM que tendría un hospital con los pacientes que ha atendido (GRD) si mantuviera en cada grupo la EM del patrón de referencia.

Se toma a efectos prácticos de realización del ejercicio como la estancia media esperada. El EMAF es una estancia media, cuya medida se valora en días. Para su adecuada interpretación este indicador debe relacionarse con la EM del hospital y la EM establecida en la norma.

Mientras que la EM cruda del hospital B es muy superior a la del hospital A al realizar un ajuste por riesgo esta diferencia se reduce, siendo un 11% superior la del hospital B.

Índice de complejidad (EMAF / EM norma):

Compara la complejidad media de los casos de un determinado hospital o unidad estudiada (Hosp.= Hospital objeto de estudio) respecto al estándar (universo de comparación). Es Un índice que mide la complejidad de la casuística y se interpreta en función de que se encuentre su valor por encima o por debajo de la unidad.

Así, el hospital B ha atendido a pacientes con una complejidad un 14% superior a la media estatal, mientras que el hospital A ha atendido a pacientes de una complejidad muy similar a la media estatal.

Pregunta 4ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto: 0,33 para el cálculo, 0,33 para la interpretación y 0,33 conclusiones

Calcule el IEMA para el hospital A y el hospital B. Interprete los resultados y extraiga conclusiones.

Se ha realizado un cálculo, cuyos resultados mostrados como IEMA A = 10,06 y IEMA B = 9,01. No se sabe de dónde proceden, ya que no se explican. No se ha calculado en EMAF, no se ha realizado un ajuste de riesgo utilizando los datos de la EM estatal (Norma). La puntuación ha sido de 0

Ha faltado:

	Estancia media	Nº episodios	Nº episodios	Estancia esperada	Estancia esperada	
GRD	española (1)	A (2)	B (3)	A (1 X 2)	B (1 X 3)	
194-1	5,95	3	2	17,85	11,90	
194-2	7,28	4	2	29,12	14,56	
194-3	8,95	2	4	17,90	35,80	
194-4	12,94	2	3	25,88	38,82	
Total GRD	8,08	11	11	8,25	9,19	EMAF
				1,02	1,14	IC
				0,8	1,1	IEMA

Es un indicador de medida de la eficiencia y se interpreta en función de que su valor se encuentre por encima o por debajo de la unidad. Es el ajuste de tasas por el método indirecto.



Por tanto, un resultado del IEMA para el hospital A es inferior a 1, lo que indica una menor duración de la estancia del hospital con respecto al patrón para un nivel de complejidad de la casuística equivalente, siendo más eficiente que la media de estatal. Por el contrario, el hospital B, que inicialmente presentaba una mayor estancia media cruda, es además menos eficiente en el manejo de la IC una vez se ha ajustado por la complejidad de los pacientes atendidos.

2. María Ester Alarcón Linares

Revisada la valoración otorgada a cada uno de los casos prácticos que formaban parte del segundo ejercicio, se considera adecuada y se mantiene, procediendo a continuación a la descripción de las valoraciones del tribunal sobre la resolución de aquellos por parte de la aspirante:

CASO PRÁCTICO 1

En el caso práctico 1- Consta de 5 preguntas.

Pregunta 1ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto. Se corrige siguiendo el protocolo vigente de la Región de Murcia del año 2025 (disponible en el siguiente enlace del portal sanitario de murciasalud: <https://www.murciasalud.es/documents/128166/10296560/202506-Protocolo+de+actuaci%C3%B3n+frente+a+la+hepatitis+A-RMurcia.pdf/610b1df6-b476-e93d-2866-c8ac612d9afc?t=1750144702155>). El punto se desglosa teniendo en cuenta los apartados de dicho protocolo: **Descripción de la transmisión (0,2 puntos), Periodo de incubación y transmisibilidad (0,2 puntos), Criterios de clasificación (0,2 puntos), Medidas preventivas (0,2 puntos) y Medidas ante un caso y un brote (0,2 puntos).**

La opositora responde al apartado “descripción de la transmisión”, “Periodo de incubación y transmisibilidad” y parcialmente a “Criterios de clasificación” por lo que es valorado con una puntuación de 0,6.

Pregunta 2ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto. Se corrige siguiendo el documento titulado “Investigación epidemiológica de campo: aplicación al estudio de brotes. Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE). Tercera edición. Serie PALTEX para Técnicos Medios y Auxiliares No 26. Washington, D.C.: OPS; 2017”. El punto se desglosa teniendo en cuenta los principales apartados de dicho documento: **Confirmar la ocurrencia de un brote (0,1 punto); Establecer una definición operacional de caso (0,1 punto); Realizar la búsqueda activa de casos (0,2 punto); Caracterizar el brote en tiempo, lugar y persona (0,2 punto); Generar hipótesis y adoptar medidas de control inmediato (0,1 punto); Poner en marcha las acciones de prevención y control específicas en respuesta al informe técnico inicial (0,2 punto); Preparar un informe técnico de investigación de campo (0,1 punto).**

La opositora responde a los apartados “confirmar la ocurrencia de un brote, realizar la búsqueda activa de casos” y parcialmente a los apartados “Caracterizar el brote en tiempo, lugar y persona



y poner en marcha las acciones de prevención y control específicas en respuesta al informe técnico inicial” por lo que es valorada con una puntuación de 0,5.

Pregunta 3ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 0,5 punto, repartido proporcionalmente de la siguiente manera: **Tasa de ataque global (0,2 puntos), Tasa de ataque específica 1 (0,1 punto), Tasa de ataque específica 2 (0,1 punto) y el procedimiento seguido para realizar dicho cálculo (0,1 punto).**

La opositora no calcula correctamente todas las tasas, tampoco describe el procedimiento seguido para dicho cálculo, por lo que es valorada con una puntuación de 0.

Pregunta 4ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto, repartido proporcionalmente de la siguiente manera: Riesgo Relativo 1 (0,3 puntos), Riesgo Relativo 2 (0,3 puntos), Intervalo de Confianza (0,3 puntos) y el procedimiento seguido para dicho cálculo (0,1 puntos)

La opositora calcula correctamente los dos riesgos relativos, en la pregunta 3ª correspondiente a las tasas de ataque, sólo culmina correctamente uno de ellos. No calcula el Intervalo de Confianza ni describe la fórmula ni el procedimiento de cálculo. Esta pregunta es valorada con una puntuación de 0,3.

Pregunta 5ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1,5 puntos, repartido proporcionalmente de la siguiente manera: Interpretación de las Tasas de Ataque (0,3 puntos), Interpretación de los Riesgos Relativos (0,3 puntos), Interpretación del Intervalo de Confianza (0,3 puntos) y Medidas preventivas y de control del brote según el protocolo vigente de la Región de Murcia (0,6 puntos)

La opositora interpreta las tasas de ataque, los riesgos relativos y las medidas preventivas y de control del brote. Esta pregunta es valorada con una puntuación de 1,1.

CASO PRÁCTICO 2

Pregunta 1ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 2 puntos: 1 para la descripción del análisis y 1 para el razonamiento de indicadores seleccionados.

Con la información que le han facilitado:

- describa el análisis que puede hacer
- razone la selección de los indicadores hospitalarios elegidos para su informe.



Se ha puntuado con un 0,5 porque se enumeran algunos indicadores, pero en la mayoría de ellos no se cita su utilidad ni su significado (se cita estancia media, pero no qué valora este indicador, se cita mortalidad, pero no se cita su significado, etc).

Los aspectos a valorar en este apartado eran, por ejemplo:

Edad media (citada en el examen, junto con la mediana y su cálculo), pero no explica su interpretación: la edad media de los pacientes al ingreso puede orientar sobre la gravedad clínica de los mismos al ir asociada a una mayor comorbilidad, una mayor estancia media y mortalidad intrahospitalaria.

Distribución por nivel de severidad del GRD (no citada en el examen): el agrupador ha tenido en cuenta la edad, las comorbilidades, la existencia de un procedimiento quirúrgico, el tipo de alta, etc. Esto permite estudiar el nivel de complejidad clínica teniendo en cuenta todas estas variables.

Estancia media (citada y comentada parcialmente en el examen). Ejemplo de respuesta: No se trata de una medida directa de la calidad (producto final o resultados en salud), sino productos intermedios básicos. Este indicador mide el tiempo promedio que una unidad organizativa tarda en resolver los episodios de hospitalización (no cita la resolutiveidad en el examen). Refleja la permanencia de los pacientes en el hospital. Es un indicador de eficiencia de la prestación de servicios, así como del uso del recurso cama (no cita este uso de la EM tampoco).

Mediante la estancia media se puede identificar si la utilización del recurso cama es adecuada o no (no citado). Cada procedimiento médico tiene asignado un determinado rango de estancia media, siendo preciso revisar aquellos casos en los que los días de estancia sean demasiado cortos o demasiado largos. Por ejemplo, una estancia muy corta en ciertos procedimientos quirúrgicos aumenta el riesgo de reingresos debido a posibles complicaciones.

Aspectos que pueden influir sobre la EM y que hay que tener en cuenta en el análisis (no citados):

- El tipo de hospital: hospital de agudos, crónicos, monográficos, psiquiátricos, etc.
- El grado de especialización: comarcal, provincial, terciario, etc.
- El tipo de servicio: medicina interna, cirugía, pediatría, etc.
- Diagnóstico y complejidad
- Disponibilidad de recursos alternativos: hospitalización a domicilio.
- La organización del hospital: Cirugía Mayor Ambulatoria, pruebas preoperatorias, pruebas extrahospitalarias, etc.

Mortalidad intrahospitalaria (cita extrahospitalaria, erróneamente): orienta sobre la gravedad de los pacientes atendidos o la calidad asistencial (abordada erróneamente con el concepto de 'esperanza de vida hospitalaria). Así, cada individuo fallecido es una señal que identifica los puntos de actuación específica dentro de una organización sanitaria que deberían ser objeto de una revisión más exhaustiva.

Pregunta 2ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto: 0,33 para el cálculo, 0,33 para la interpretación y 0,33 conclusiones.

Calcule la estancia media y la mortalidad intrahospitalaria cruda para el hospital A y para el hospital B. Describa en texto cómo ha realizado el cálculo, interprete los resultados y extraiga conclusiones.

Se ha valorado con 1 punto completo



Pregunta 3ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto: 0,33 para el cálculo, 0,33 para la interpretación y 0,33 conclusiones

Realice un ajuste del riesgo de la estancia media. Describa en texto cómo ha realizado el cálculo, interprete los resultados y extraiga conclusiones.

Se ha realizado una estratificación de la estancia media por niveles de severidad en cada uno de los hospitales, teniendo algún error de cálculo en el ejercicio:

	Nº alta s A	Días estanci a A	Nº alta s B	Días estanci a B	EM A cruda	EM B crud a
GRD-Nivel de severidad (NS)						
INSUFICIENCIA CARDÍACA - NS1	3	10	2	6	3,33	3,00
INSUFICIENCIA CARDÍACA - NS2	4	22	2	11	5,50	5,50
INSUFICIENCIA CARDÍACA - NS3	2	14	4	60	7,00	15,00
INSUFICIENCIA CARDÍACA - NS4	2	24	3	34	12,00 (14 en el examen)	11,33
Total general	11	70	11	111	6,36	10,09

No se ha realizado un ajuste indirecto con cálculo de indicadores clásicos de gestión hospitalaria como el EMAF (estancia media ajustada por funcionalidad), que además es imprescindible para el cálculo del IEMA de la pregunta 4, o el Índice de Complejidad (IC). No se ha utilizado la EM española (norma) como estándar de comparación, sino directamente para la comparación. Por lo que la puntuación ha sido de 0,4.

Ha faltado:

	EM español la (1)	Nº epis A (2)	Nº epis B (3)	Estanci a A	Estanci a B	Estancia esperada funcionalid ad A (1 X 2)	Estancia esperada funcionalid ad B (1 X 3)	
GRD								
194-1	5,95	3	2	10	6	17,85	11,90	
194-2	7,28	4	2	22	11	29,12	14,56	
194-3	8,95	2	4	14	60	17,90	35,80	
194-4	12,94	2	3	24	34	25,88	38,82	
Total GRD	8,08	11	11	70	111	90,75	101,08	
						8,25	9,19	EMAF
						1,02	1,14	IC

Estancia Media Ajustada por Funcionamiento o EMAF (EM esperada):

Interpretaciones:



- estancia media que habría tenido cada hospital si hubiera atendido a sus mismos casos (Altas Hosp.) con la estancia media que para cada GRD ha tenido el Estándar (EM PATRÓN O NACIONAL).
- estancia media que habría presentado el hospital si hubiese tratado su propia casuística con el funcionamiento (EM por GRD) del estándar.
- EM que tendría un hospital con los pacientes que ha atendido (GRD) si mantuviera en cada grupo la EM del patrón de referencia.

Se toma a efectos prácticos de realización del ejercicio como la estancia media esperada. El EMAF es una estancia media, cuya medida se valora en días. Para su adecuada interpretación este indicador debe relacionarse con la EM del hospital y la EM establecida en la norma.

Mientras que la EM cruda del hospital B es muy superior a la del hospital A al realizar un ajuste por riesgo esta diferencia se reduce, siendo un 11% superior la del hospital B.

Índice de complejidad (EMAF / EM norma):

Compara la complejidad media de los casos de un determinado hospital o unidad estudiada (Hosp.= Hospital objeto de estudio) respecto al estándar (universo de comparación). Es Un índice que mide la complejidad de la casuística y se interpreta en función de que se encuentre su valor por encima o por debajo de la unidad.

Así, el hospital B ha atendido a pacientes con una complejidad un 14% superior a la media estatal, mientras que el hospital A ha atendido a pacientes de una complejidad muy similar a la media estatal.

Pregunta 4ª

Tal y como estaba reflejado en el cuadernillo del examen, esta pregunta tiene un valor de 1 punto: 0,33 para el cálculo, 0,33 para la interpretación y 0,33 conclusiones

Calcule el IEMA para el hospital A y el hospital B. Interprete los resultados y extraiga conclusiones.

No se ha calculado. La puntuación ha sido de 0

Ha faltado:

GRD	Estancia media española (1)	Nº episodios A (2)	Nº episodios B (3)	Estancia esperada A (1 X 2)	Estancia esperada B (1 X 3)	
194-1	5,95	3	2	17,85	11,90	
194-2	7,28	4	2	29,12	14,56	
194-3	8,95	2	4	17,90	35,80	
194-4	12,94	2	3	25,88	38,82	
Total GRD	8,08	11	11	8,25	9,19	EMAF
				1,02	1,14	IC
				0,8	1,1	IEMA

Es un indicador de medida de la eficiencia y se interpreta en función de que su valor se encuentre por encima o por debajo de la unidad. Es el ajuste de tasas por el método indirecto.

Por tanto, un resultado del IEMA para el hospital A es inferior a 1, lo que indica una menor duración de la estancia del hospital con respecto al patrón para un nivel de complejidad de la casuística equivalente, siendo más eficiente que la media de estatal. Por el contrario, el hospital





MONTEAGUDO PIQUERAS, OLGA

18/06/2026 10:12:28

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico administrativo archivado por la Comunidad Autónoma de Murcia, según artículo 27.3.c) de la Ley 39/2015. Los firmantes y las fechas de firma se muestran en los recuadros. Su autenticidad puede ser contrastada accediendo a la siguiente dirección: <https://sede.carm.es/verificardocumentos> e introduciendo del código seguro de verificación (CSV) CARM-77c0a5d-6aed-11f1-9bd9-02420a00007b

B, que inicialmente presentaba una mayor estancia media cruda, es además menos eficiente en el manejo de la IC una vez se ha ajustado por la complejidad de los pacientes atendidos.