Papeles Médicos

REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA

AÑO 5 • N.º 1 OCTUBRE 1996

NORMAS DE PUBLICACION

Papeles Médicos publicará dos números al año, con editoriales, rêvisiones de actualidad, artículos originales, comunicaciones breves, páginas de autoevaluación, críticas de libros, sección bibliográfica y sección de noticias. Todos los artículos deberán ser inéditos y no estar sometidos a examen por otra publicación.

Trabajos originales: Se aceptará cualquier tema de interés en documentación médica en todas sus vertientes: documentación clínica, documentación científico-médica, admisión y sistemas de información. Se recomienda ser breves y concisos

Comunicaciones breves: Pueden incluir notas previas sobre experiencias, metodología, etc. con propuestas validadas que aporten alguna novedad. Se recomienda no sobrepasar las 500 palabras de texto, unas 10 citas bibliográficas y un máximo de tres figuras o tablas.

Cartas al director: Pueden incluirse breves noticias, novedades, hipótesis, metodología, comentarios o críticas. No se acompañarán de resumen. En caso necesario pueden acompañarse de una ilustración o figura y hasta 5 citas bibliográficas. Su extensión máxima será de 300 palabras. Cada carta se acompañará de una carta de envío al director firmada por el autor o autores.

Presentación del trabajo: Los trabajos se remitirán a la dirección de ***Papeles Médicos.*** *Apartado 1593. 50080 Zaragoza (España).* La redacción acusará recibo e informará sobre su aceptación y fecha próxima de publicación. Serán preferentemente en procesador de textos para PC, disquette 3.5 y en su defecto mecanografiados a doble espacio en folio de buena calidad, por una sola cara y amplios márgenes. Cada hoja llevará en el ángulo superior izquierdo el apellido del primer autor y en el margen superior derecho la numeración correlativa.

La primera hoja comprenderá: a) Título del trabajo, b) Uno o dos apellidos de cada autor seguidos por las iniciales del nombre, c) Centro o centros donde se haya realizado el trabajo, d) A pie de página se colocará una nota que diga Correspondencia: Indicando a continuación nombre de uno de los autores, su dirección y teléfono

Segunda hoja: Debe de contener un resumen del trabajo de una extensión de 100 o 200 palabras o más corto en las comunicaciones breves. Este resumen se acompañará de una traducción inglesa. En apartado aparte incluirá palabras clave, hasta un máximo de cinco.

Tercera hoja: Comenzará el texto del artículo. En casos apropiados la última página del texto podrá contener una nota de agradecimiento de colaboración, ayudas, becas, etc. que se refieran al trabajo presentado. A continuación y en hojas aparte, las citas bibliográficas estructuradas según ***normas Vancouver,*** pudiendo localizarlas en el documento ampliamente conocido como ***Requisitos Uniformes para el Envío de Manuscritos a Revistas Biomédicas.***

Tablas: Deben de limitarse al mínimo imprescindible. En lo posible no excederán la extensión de un folio. Irán independientes del texto en hoja aparte. Si sobrepasa el folio se utilizará un nueva folio separado del anterior donde se realizará nuevamente el encabezamiento. Deben ir con título y numeradas con números romanos.

Dibujos: Deberán hacerse a tinta china o con la descripción del programa informático utilizado. Usar, en caso contrario, letras, flechas, etc. del tipo letraset, nunca manuales.

Figuras: Deberán enviarse diapositivas o fotografías en color de buena calidad, marcados con un número arábigo. Deberán relacionarse con alguna referencia al texto. Los pies de las figuras deben realizarse en folio aparte del texto.

Estructuración de los trabajos: Siempre que sea posible los trabajos se estructurarán según el siguiente orden: Introducción, material y método, resultados, discusión y conclusiones. Es aconsejable que el autor/es conserve una copia del trabajo presentado.

NOTES FOR CONTRIBUTORS

Papeles médicos will be published every six months, with editorials, reviews of currents subjects, original papers, short communications, letters to the editor, bibliographic section and specially news section.

Original papers: All subjects on medical documentation will be preferred: medical records, scientific-medical documentation, patients admission and information systems. The authors are requested to be brief and concise.

Short communication: This cathegory includes preliminary communications on personal experiencies, methodology, etc. Short communications should not exceed about 500 words of the text, about 10 references, and 3 figures or tables.

Letters to the editor: This cathegory will accept brief news, hypotheses, methodology, or comments and criticism on papers. If required they may contain one figure, and up to five references. They should not exceed 300 words.

All papers should be accompanied by a letter of presentation signed by the author or authors.

Preparation of manuscripts: All papers will be submitted to ***Papeles médicos.*** *Apartado 1593. 50080 Zaragoza (Spain),* and sent on a disquette 3.5. If not, will be typed double spaced in folio white paper, on one side only, and be free of erasures and handwritten corrections.

All pages will be numbered correlatively, starting with the first on title page, by arabic numerals placed in the upper right hand corner.

The family name of the author will by typed on all pages in the upper left hand corner.

The first or title page shall contain: a) The title of the paper b) Family name or names of each author, followed by the initials of their given names c) Institution or Institutions where the work was carried out d) Name and full address of the person to whom correspondence regarding that papers is to be directed, together with telephone number and area code.

The second or abstract page: Shall contain again the full title of the paper and a summary about 100 to 200 words in extension, condensating its content in the same order as in the full text. Shall be included also a traslation of this summary into english. Up to five "key terms" are to be listed at the end of the summary.

The third page: Is the beginning of the text of the paper. At the end of the paper if required, an acknowledgement of particularly significant help, or of grants or financial help received.

Then, in a new page, the bibliographic references according to ***Vancouver norms (International Comitee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals).***

Tables: Should be restricted to the minimum indispensable number. If possible they should not exceed the extension of one type-written page. However, if continues in a second page, it must be repeat the table heading. All tables will be numbered consecutively with roman numerals, according to their order of mention in the text, and will have a title which explains its content adequately.

Figures: For reproduction send goodquality positives. They should be marked with an arabic number for identification being reference to the text. Type the figure legends in an extra page or pages.

Framework: If possible, the order will be: introduction, material and method, results, discussion, and conclussions. The author should keep a copy of the paper.

SISTEMAS DE INFORMACION PARA LA GESTION CLINICA

VII JORNADAS DE DOCUMENTACIÓN MÉDICA

Comité Organizador
de las VII Jornadas de Documentación Médica

Durante los días 17 y 18 de Octubre, y organizado por la Sociedad Valenciana de Documentación Médica, se van a celebrar en la ciudad de Alicante las VII Jornadas de Documentación Médica.

Los miembros del comité organizador hemos preparado concienzudamente los temas pretendiendo que, tanto el debate como la estancia sean del mayor agrado y provecho posible para todos aquellos que compartan con nosotros la celebración de estas VII Jornadas.

Para ello hemos organizado una serie de actos paralelos a los puramente científicos, con el objetivo de que todos los participantes y sus acompañantes, puedan disfrutar de los encantos, belleza, costumbres, cultura y gastronomía que ofrecen la ciudad de Alicante y su provincia.

En el aspecto científico creemos que podrán debatirse todos los temas de interés y que en la actualidad afectan a todos aquellos profesionales relacionados con la Documentación Clínica y Admisión. Así y bajo el lema de las Jornadas "Sistemas de Información para la Gestión Clínica" se desarrollarán tres mesas o foros de debate. Formarán parte de cada una de ellas, representantes de todas las corrientes de opinión con respecto a temas tan interesantes como el marco conceptual, políticas de calidad de los sistemas de información, comparación entre los distintos sistemas de información e integración de los mismos, etc.

Por otra parte intentaremos ofrecer una visión de los sistemas de información desde la perspectiva de todos y cada uno de los integrantes de la cadena de información para la gestión clínica, sus productores y usuarios, incidiendo especialmente en la profesionalización y necesidad de formación del personal que, como nosotros, desarrolla su trabajo en los Servicios de Documentación Clínica y Admisión.

Por último trataremos de acercarnos al futuro de los sistemas de información y su adecuación a las innovaciones en las áreas de gestión. Para ello planteamos a debate temas como el futuro del CMBD, los nuevos sitemas de medición del "case-mix", o las herramientas ofimáticas del inmediato futuro.

El Comité Organizador de estas VII Jornadas invita a todos los participantes y a sus acompañantes, a compartir estos días de Octubre con nosotros, con la esperanza e ilusión de que tanto los temas a debatir como los actos que esperamos celebrar serán del agrado de todos.

Papeles Médicos. Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM)
Octubre 1996. Volumen 5 número 1

Apartado de Correos 1593
50080 ZARAGOZA

DIRECTOR
Miguel Moreno Vernis
Hospital Miguel Servet

COMITE CIENTIFICO
María Rovira Barberá
Hospital de la Santa Creu y Sant Pau
Pilar Rodríguez Manzano
Hospital de Móstoles
Irene Abad Pérez
Hospital General de Valencia. Universidad de Valencia
Alfonso Martínez Reina
Hospital Clínico Universitario de Málaga

El envío de información y originales para el próximo número de este boletín deberá realizarse antes del 15 de febrero de 1997. Los textos deberán entregarse escritos a máquina a doble espacio. Las fotos y el resto de iconografía en blanco y negro o color sobre papel o diapositiva.

Edita: Sociedad Española de Documentación Médica

Imprime: Sansueña Industrias Gráficas, S. A.

D. L.: Z-268-92

I.S.S.N.: 1133-759

Ilustración de portada: F. Dekkers Amsterdam, 1743

SUMARIO

Editorial. VII Jornadas de Documentación Médica..... 3

Desarrollo y aplicaciones de un sistema de codificación asistida para usuarios del CIE-9-MC
A. Romero Gutiérrez 4

Intentando buscar modelos gráficos que ayuden a acercarse más rápidamente a la realidad y faciliten la toma de decisiones
J. M. Ladrón de Guevara, R. Porta 10

Papeles de Información I
M. Moreno Vernis 13

Papeles de autoevaluación 15

Introducción a la documentación de la Unión Europea
M. Oppenheimer Salinas 34

Papeles de Información II
M. Moreno Vernis 43

PAPELES DE INVESTIGACION I

DESARROLLO Y APLICACIONES DE UN SISTEMA DE CODIFICACION ASISTIDA PARA USUARIOS DEL CIE-9-MC

Arturo Romero Gutiérrez

Servicio de Admisión y Documentación Clínica
Complejo Hospitalario de Toledo

Resumen: Se presentan los métodos de desarrollo, aplicaciones y resultados de la implantación de un sistema de codificación asistida para CIE-9-MC en una unidad de codificación centralizada. Se evalúan algunos indicadores de rendimiento en la codificación, así como la efectividad del sistema en la actualización de bases de datos locales de terminología médica, en el proceso de mantenimiento y pre-edición de la CIE-9-MC, y en la generación de códigos para CMBD y sistemas de agrupación de casuística. Se describen las ventajas del mantenimiento de CIE-9-MC en formato de base de datos y las posibilidades de los hipertextos como soporte para documentos de referencia y normas de codificación. Se citan y describen algunas aplicaciones auxiliares, como la codificación semiautomática de registros informatizados o el enlace con sistemas de agrupación por GRDs.

Summary: The development methods, applications and results of the installation of a codification system attended for ICD-9-CM in a centralized codification department, are presented. Some indicative of the output in the codification are evaluated, as well as the efficiency of the system in the update of local databases of medical terminology, in the support process and pre-edition of the ICD-9-CM, and in the codes production for CMBD and casuistry groups systems. Also are described the advantages of the maintenance of ICD-9-CM in database format and the possibilities of the hypertext as a support for reference and procedure documents of codification. Auxiliary applications, as semiautomatic codification for computerized records or the link with group systems by DRGs, are cited and described.

Palabras clave: Codificación. CIE-9-MC. Terminología médica. Hipertextos. Grupos Relacionados por el Diagnóstico.

Correspondencia:
Arturo Romero Gutiérrez
Servicio de Admisión y Documentación Clínica
Hospital "Virgen de la Salud"
Avda. Barber, 30. E-45004. Toledo
E-mail: arturo.romero@bib.hvs.es

INTRODUCCIÓN

El Sistema de codificación asistida tiene como objetivos generales optimizar el rendimiento en la codificación, asegurar la calidad de los registros de casuística, facilitar las tareas de control, agilizar el ciclo de mantenimiento de clasificaciones y terminología, y acelerar el aprendizaje de CIE-9-MC. El sistema tiene como característica clave el ser capaz de facilitar a los usuarios un acceso rápido y ergonómico a los detalles del sistema de clasificación.

OBJETIVOS

El propósito de este trabajo es describir los requerimientos, características, resultados y aplicaciones del sistema de codificación asistida para CIE-9-MC, compuesto por una base de datos de CIE-9-MC, un programa de codificación asistida (SCAn) que incorpora módulos de mantenimiento de terminología y clasificaciones, un programa de visualización de hipertextos (Hx) y un conjunto de componentes auxiliares (LinkGRDs, ProIndex).

MATERIAL Y MÉTODOS

Entorno

El Hospital Virgen de la Salud es un hospital general de la red INSALUD que da cobertura a 300.000 habitantes. Se integra en el Complejo Hospitalario de Toledo, junto con el Hospital Geriátrico Virgen del Valle y el Hospital Nacional de Parapléjicos. El Complejo produce unas 25.000 altas de hospitalización por año, y para la generación del CMBD cuenta con una Unidad de Codificación centralizada. Personal administrativo adecuadamente entrenado realiza las tareas de indización, codificación, grabación de códigos junto con expresiones literales, y administración de las bases de datos del CMBD; la supervisión de sus actividades y la coordinación del equipo corresponde a personal médico del Servicio de Admisión y Documentación Clínica; el soporte de la información es la base de datos del sistema de gestión de pacientes (Plan DIAS) con importantes mejoras introducidas por el Servicio de Informática.

Desarrollo

En la fase inicial de desarrollo del proyecto, se realizó un estudio de viabilidad, centrado en determinar las posibilidades reales de grabar y procesar la totalidad de la información contenida en CIE-9-MC', incluyendo los índices alfabéticos y las instrucciones de la lista tabular, obteniendo así una terminología completa, jerarquizada, referenciada y actualizable. En 1991 se inició el desarrollo del programa, de acuerdo a unas especificaciones elementales.

A partir de esa fase, el desarrollo del sistema tuvo lugar mediante sucesivos prototipos de desarrollo rápido y ciclos de refinamiento iterativo. De forma simultánea, se procedió a la grabación, adaptación y carga de ficheros de datos de referencia. Ello obligó a procesar alrededor de 30 MB de información textual estructurada.

Las listas tabulares fueron grabadas mediante transcripción sistematizada del contenido completo de los manuales de codificación. Se preservó en todo momento la estructura interna de las listas tabulares durante su transferencia a ficheros de base de datos, aunque fue necesario realizar ciertas adaptaciones de formato.

Las tablas de terminología de los índices alfabéticos fueron elaboradas inicialmente a partir de los ficheros de texto correspondientes a la primera edición en castellano de CIE-9-MC. Este material fue cedido por la Subdirección General de Información y Estadísticas Sanitarias del Ministerio de Sanidad y Consumo.

Cuando la base de datos de CIE-9-MC alcanzó un grado de desarrollo suficiente, se empezó a utilizar en la codificación sistemática de los datos de registros reales (CMBD de hospitalización, registro de quirófano, lista de espera quirúrgica) por medio de una aplicación ejecutable bajo MS-DOS (SCAn V.1.x) y adaptada a redes locales. SCAn es capaz de hacer uso de una versión electrónica completa de la CIE-9-MC en formato XBase. Esta aplicación fue desarrollada en Clipper 5.01 (un lenguaje con potentes recursos para el control de bases de datos y de la interfaz de usuario).

A partir de 1992, se ensayó la aplicación del sistema en las diferentes fases del ciclo de mantenimiento de CIE-9-MC en el Hospital Virgen de la Salud y en las unidades de referencia centralizada para dicha clasificación en el Sistema Nacional de

Salud (Ministerio de Sanidad y Consumo, Unidad de Códigos Sanitarios y Normalización, Unidad Técnica de CIE-9-MC).

En 1993, se elaboró un mecanismo de interfaz entre SCAn y un programa agrupador de GRDs (All Patient DRG Grouper v.10) basado en un generador de mensajes estructurados y un analizador de informes. Ello permitió ensayar métodos de asignación individual de GRDs a registros CMBD de estructura ampliada, así como la comparación entre los resultados de agrupación de un caso individual y los indicadores de referencia de publicaciones oficiales[2].

A partir de 1994, se inició un desarrollo específico para contar con un medio de consulta eficiente de la documentación de referencia publicada (manuales de usuario, manual de aprendizaje, normativa de codificación, boletines periódicos). El resultado fue un programa visualizador de hipertextos (Hx V. 1.x) y un fondo de documentación electrónica que incluye todos los manuales sobre CIE-9-MC publicados hasta 1996 por el Ministerio de Sanidad hasta la aparición de la tercera edición del Manual del Usuario[3].

RESULTADOS

El desarrollo del Sistema de Codificación Asistida ha permitido disponer de información exhaustiva, estructurada y referenciada sobre el sistema de clasificación CIE-9-MC, en soporte electrónico susceptible de tratamiento informático.

Los productos obtenidos tras el desarrollo del proyecto son:

- Base de datos de CIE-9-MC
- SCAn (codificación asistida y mantenimiento de CIE-9-MC)
- Hx (gestor de hipertextos) e hipertextos .fhx de referencia
- LinkGRDs (interfaz entre SCAn y agrupador de GRDs)
- ProIndex (gestión de clasificaciones e índices alfabéticos)

Mediante este enfoque, ha sido posible representar la totalidad de los detalles del sistema de clasificación en estructuras de datos normalizadas. La riqueza de CIE-9-MC en estructura interna puede quedar totalmente respetada en una base de datos que tenga una arquitectura correcta. La programación de aplicaciones permite contar con módulos que reproducen de forma fiel los procedimientos aceptados de codificación. Se ha logrado disponer de un proceso de búsqueda alfabética que reproduce fielmente la técnica de consulta utilizada para los manuales impresos, pero con mucha mayor rapidez y con menor esfuerzo. La verificación obligatoria de códigos en la lista tabular se resuelve igualmente con una consulta instantánea activada por el usuario. El programa presenta en pantalla la totalidad de las instrucciones pertinentes desde el nivel de categoría, y ofrece además un menú para la consulta automática de referencias cruzadas (excluye, codificar además, etc.). Tras la verificación, se visualiza un menú de validación o almacenamiento de códigos. Como alternativa, se puede grabar cada código validado en el registro CMBD informatizado.

El conjunto de programas, bases de datos, índices e hipertextos ocupa unos 50 MB de espacio en disco. La mayor parte de la aplicación funciona a base de selección de opciones de menú. Sólo es necesario teclear los términos de búsqueda.

El rendimiento de SCAn ha sido evaluado en condiciones controladas para las operaciones elementales de codificación (búsqueda de expresiones literales en índice alfabético, localización de modificadores, seguimiento de referencias cruzadas, consulta de códigos en lista tabular, revisión de instrucciones del código seleccionado y de sus raíces en la jerarquía, seguimiento de referencias y validación final). Se realizó una comparación con los rendimientos del procedimiento de codificación convencional (consulta de manuales, con los mismos pasos). Scan mostró un rendimiento del 150-200% respecto al procedimiento convencional.

El módulo de codificación interactiva de ficheros se utiliza para asignar códigos a registros de base de datos que contengan información textual (expresiones de diagnóstico o procedimientos). Este instrumento cuenta con varios métodos de optimización, tales como la ordenación alfabética por el valor de un determinado campo, los criterios de selección de casos, o la consulta automática de expresiones en los índices alfabéticos. Ello ha permitido mejorar la calidad y la usabilidad de distintos registros hospitalarios; la lista de espera quirúrgica mantiene de forma constante un nivel de codificación del 99% con CIE-9-MC a cinco dígitos, con lo que se refuerza su utilidad en la toma de decisiones de gestión. Se están aplicando los mismos métodos al registro de actividad quirúrgica del complejo hospitalario.

La existencia de versiones electrónicas de la documentación de apoyo (manuales de usuario, boletines de codificación) es muy útil para facilitar la consulta a través de búsquedas libres o navegación por hipertextos. A medida que crece el fondo de documentación acerca de CIE-9-MC y sistemas de agrupación, se incrementa el potencial de los sistemas de documentación electrónica, que eliminan la necesidad de realizar una indización sistemática de la información contenida en estas fuentes. La posibilidad de búsqueda libre eliminaría incluso la necesidad de índice alfabético en los manuales de normativa, y puede ayudar a prevenir la aparición de normas contradictorias, inconsistentes o equívocas.

El uso sistemático de los enlaces para agrupación de casuística y depuración de códigos erróneos (inexistentes o incompletos) ha contribuido a reducir el porcentaje de casos no agrupables hasta cifras razonables, entre el 0.16% y el 0.5%, para el CMBD de hospitalización.

La base de datos de CIE-9-MC obtenida tras el desarrollo del proyecto, y los procesos de mantenimiento de índices alfabéticos incorporados en el programa SCAn (v.1.3) están siendo utilizados actualmente como referencia para la preparación de la tercera edición del sistema de clasificación. El paquete de programas ProIndex ha permitido realizar la reestructuración de los índices alfabéticos traducidos del inglés para adaptarlos a las reglas de ordenación de la versión en castellano.

DISCUSIÓN

La necesidad de software específico de ayuda a la codificación de información clínica es un hecho aceptado[4]. Esta necesidad no sólo se justifica por el volumen masivo de las clasificaciones, terminologías y tesauros utilizados en los sistemas de información para la clasificación de casuística clínica[5]. También se debe a la riqueza en estructura interna de dichos recursos, que a veces puede quedar pobremente representada en los esquemas de normalización de uso general[6,7]. Igualmente son factores a considerar la relativa complejidad de las actividades de indización, codificación y clasificación, la abundancia de reglas generales o normas de uso, o los requerimientos de la formación de usuarios. Los objetivos de convergencia y mapeo entre distintos instrumentos de representación de información también han sido descritos por ciertos grupos[8], y lo mismo sucede con las necesidades del proceso de actualización, edición, difusión y corrección[9].

La estrategia inicial del desarrollo de SCAn fue la de dotar a los codificadores de un instrumento que permitiera un acceso rápido y ergonómico a la totalidad del material de consulta de CIE-9-MC, incluyendo específicamente las listas tabulares con todas sus instrucciones y los distintos índices alfabéticos disponibles. Más tarde, se observó que el instrumento era de cierta utilidad para la puesta al día del sistema de clasificación o para la creación de bases de datos locales de terminología médica. Los términos locales insertados en los índices alfabéticos han permitido documentar de forma inequívoca y muy accesible las normas o convenciones de codificación utilizadas localmente.

Base de Datos de CIE-9-MC

El sistema de codificación asistida se ha construido siguiendo un abordaje estructural, dirigido por datos; la base de datos

es el fundamento de todo el desarrollo. La base de datos de CIE-9-MC se caracteriza por ser exhaustiva en cuanto a contenido, asegurar la equivalencia estructural con la edición impresa y contar con elementos de optimización de formato para uso electrónico.

Partiendo de dichos elementos sería posible construir programas de codificación asistida con requerimientos adaptados a distintos usuarios, pero que harían uso de la misma estructura de datos.

La existencia de la base de datos es un punto de partida fundamental para otras aplicaciones, como la generación automática de documentos electrónicos e hipertextos (SGML, HTML) con características específicas según destino y usuario. Igualmente permitirá introducir notables mejoras en las características tipográficas de los manuales impresos, con el fin de aumentar su riqueza informativa y mejorar su usabilidad y ergonomía.

La base de datos de CIE-9-MC se aplica como recurso básico en el proceso de mantenimiento de índices alfabéticos y listas tabulares, ya que presenta indudables ventajas sobre el texto semiestructurado convencional.

SCAn

La codificación asistida trata de facilitar al usuario el acceso a los detalles del sistema de clasificación y a las bases de datos de terminología, pero no pretende sustituir al codificador. El primer esfuerzo lo realiza el usuario (introduciendo términos de búsqueda o realizando sucesivas selecciones en una jerarquía de clases) pero el programa de ayuda a la codificación se encarga de agilizar las operaciones mecánicas de búsqueda de información y la navegación por referencias cruzadas hasta que el usuario obtiene uno o varios códigos satisfactorios. La codificación asistida no es codificación automática, ya que requiere control y decisión por el usuario; sin embargo, su aplicabilidad es muy amplia, ya que funciona sobre la base de información estructurada preexistente (la propia CIE-9-MC en soporte electrónico) y no requiere textos fuente informatizados. Scan actúa como un programa de navegación que da al usuario la posibilidad de explorar volúmenes masivos de información de forma ágil y ergonómica.

Distintos autores han descrito algoritmos y métodos de codificación asistida[10,11,12]. El potencial de los recursos informáticos en el uso de los sistemas de codificación está suficientemente documentado[13]. No son tan frecuentes publicaciones que describan la experiencia práctica con dichos sistemas. Ciertos autores han descrito experiencias con sistemas de navegación y validación para usuarios clínicos[14]. Algunos trabajos han descrito el efecto de sistemas de codificación asistida sobre la calidad y la exhaustividad de la codificación. Buenos instrumentos de codificación son un incentivo para una buena indización, pues contribuyen a evitar el efecto de "ahorro de diagnósticos" que se ha descrito cuando se impone la codificación obligatoria con manuales[15]. En sistemas dirigidos a codificadores sin formación clínica o sin especial dominio de la terminología médica, es de particular importancia la atención adecuada a índices alfabéticos, tesauros y glosarios. Precisamente estos recursos, y no las jerarquías de clasificación, son los que obligan a manejar bases de datos de mayor volumen.

Por su enfoque general, el sistema de codificación asistida no se limita a dominios restringidos de la actividad clínica como la mayor parte de los sistemas basados en el tratamiento de lenguaje natural. Este abordaje hace innecesario el entrenamiento previo de un sistema experto, que obliga a contar con participación de especialistas en cada dominio de conocimiento que sean, a la vez, capaces de proporcionar información altamente estructurada y calificar niveles de certidumbre para las reglas utilizadas.

Los resultados del desarrollo de SCAn se han evaluado en términos de calidad, eficiencia, ergonomía, facilidad de mantenimiento y efectividad en la formación de codificadores. La usabilidad de SCAn para codificadores de distintos niveles de experiencia ha sido suficientemente contrastada a lo largo de cuatro años. El funcionamiento de SCAn se basa en cuatro modalidades principales de consulta.

1. La utilización de una base de datos que contiene la totalidad de los índices alfabéticos, la búsqueda indexada/jerárquica y las posibilidades de manejo flexible del esquema jerárquico de los índices de terminología son una característica distintiva de SCAn que no hemos encontrado en otros sistemas.
2. La posibilidad de realizar clasificación de casos por selección jerárquica añade una funcionalidad prácticamente inviable con los procedimientos tradicionales basados en la consulta de manuales impresos. Esta modalidad es la más extendida en otros sistemas de codificación asistida.
3. La consulta directa de códigos proporciona acceso directo a la totalidad de los literales relevantes para confirmar la aplicabilidad de un código a un caso concreto. La disponibilidad de las instrucciones desde el nivel de categoría proporciona notables ventajas.
4. La consulta de la lista acumulativa de códigos seleccionados durante una sesión de trabajo permite recapitular y decodificar las opciones elegidas, valorar la secuencia de asignación correcta y descartar códigos redundantes o incompatibles, facilitando una codificación adecuada al contexto clínico

Rendimiento del sistema

El análisis de rendimiento del sistema revela reducciones muy notables en los tiempos dedicados a la búsqueda alfabética de términos y la confirmación de códigos en la lista tabular. SCAn asegura además la consulta efectiva de las instrucciones asociadas a las clases a partir del nivel de categoría.

Las pruebas de rendimiento de SCAn se han realizado para las tareas elementales de codificación, pero el ámbito de actividad de los codificadores es mucho más amplio que la consulta de manuales. Otros autores han puesto de relieve que el tiempo real necesario para codificar puede subestimarse cuando se miden tiempos de codificación para operaciones elementales en lugar de analizar la tarea global de procesar un escenario clínico completo[14]. En nuestro entorno, las tareas de análisis de texto e indización suelen consumir en realidad la mayor parte del tiempo; la consulta de códigos sería el segundo componente en importancia; en tercer lugar, se encontraría la grabación de códigos y por último las tareas de administración, control y auditoría interna.

Hasta el momento no hemos diseñado ningún experimento controlado que mida el efecto de SCAn sobre el rendimiento del proceso global. En opinión de los usuarios finales, el procedimiento de elección para la consulta de códigos es el que proporciona SCAn, dado que este sistema reduce de forma notable el nivel de fatiga e incrementa la tasa de éxito en la búsqueda alfabética. Esta preferencia se expresa independientemente del nivel de experiencia de los codificadores o de su inclinación al uso del ordenador.

Por otra parte, los procedimientos adicionales que proporciona SCAn (tesauro, búsqueda libre, glosarios, actualización) ofrecen alternativas para resolver dudas o problemas de codificación que resultan difíciles o costosos de resolver con los manuales impresos.

Actualización de terminología médica

La rápida evolución de la terminología médica supera ampliamente las posibilidades de actualización de los manuales que se utilizan en indización y codificación de casuística. La actualización de los índices alfabéticos de CIE-9-MC en castellano depende de versiones traducidas de listas de terminología

redactadas en lengua inglesa. Esta dependencia puede introducir un factor de distorsión adicional en el proceso de mantenimiento de nuestras bases de datos de terminología, pero está ligada a la internacionalización de la terminología médica[16]. El criterio mixto de organización de los índices alfabéticos (búsqueda alfabética, estructura jerárquica) contribuye frecuentemente a acentuar las dependencias del idioma e introduce dificultades en el proceso de mantenimiento.

Las consecuencias de dicha distorsión y las posibles soluciones han sido descritas por otros autores[17]. La ausencia de consenso sobre nuevos términos y códigos no sólo reduce el rendimiento de la indización, sino que puede causar problemas de calidad de codificación, inducir inestabilidad de criterios o determinar incompatibilidad entre los registros de casuística de diferentes centros.

Al finalizar el desarrollo de SCAn, se intentó dar un enfoque innovador al mantenimiento de las bases de datos de terminología (diagnósticos y procedimientos), capaz de servir como apoyo para la homologación de términos y la asignación de códigos consensuados, mediante un proceso participativo. En el Hospital Virgen de la Salud, el mantenimiento de las bases de datos de terminología se ha realizado desde 1993 de modo concurrente con la actividad de codificación, utilizando un método formal de actualización de los índices alfabéticos. Este procedimiento da como resultados finales entradas alfabéticas locales consensuadas, insertadas en su ubicación natural, y resueltas mediante referencias cruzadas o enlaces directos con las listas tabulares. Algunas de las adiciones más valiosas se han obtenido durante auditorías externas de codificación realizadas en otros hospitales. El proceso equivale a normalizar el valor semántico de la terminología local.

Los errores de traducción del índice alfabético se corrigen sistemáticamente una vez detectados, y se marcan los registros modificados para facilitar la notificación de errores a unidades de referencia. Lo mismo ocurre con los errores de asignación de código o con los códigos incompletos. Este proceso puede basarse en publicaciones técnicas que contengan revisiones sistematizadas de la clasificación[7], con lo que mejora de forma considerable la calidad del contenido de la base de datos.

Hasta el momento, se han incluido más de 2.700 entradas locales en la base de datos de CIE-9-MC. El índice de diagnósticos acumula 950 entradas; el de procedimientos contiene 250; el índice de fármacos y productos químicos se ha incrementado en más de 1.500 entradas; existen 25 nuevas entradas para el índice de neoplasias, 25 para VIH, 5 para causas externas y 4 para hipertensión.

El efecto de las entradas locales sobre la tasa de éxito en la búsqueda alfabética es apreciable. Usando listas de terminología elaboradas a partir de las expresiones de indización más frecuentes, la búsqueda en índices publicados tuvo éxito en un 88% de los casos. Con entradas locales y búsqueda electrónica, la tasa de éxito llegó al 94%. Este incremento elimina la necesidad de recurrir a sinónimos, que introducen un factor de variabilidad entre codificadores.

Una consecuencia de esta metodología es el procedimiento que seguimos para el análisis de los boletines de codificación[18]. Nuestro grupo trata de documentar cada nueva norma en forma de entrada alfabética; se inserta dicha entrada en el índice alfabético electrónico.

Para facilitar la identificación diferenciada de las entradas locales, SCAn las presenta en pantalla en color verde, mientras que las entradas originales aparecen en color blanco.

El enriquecimiento progresivo de la base de datos de terminología local permite resolver de forma eficiente la indización de historias clínicas, al tiempo que garantiza la necesaria homogeneidad en la respuesta de los codificadores ante términos no incluidos en los índices alfabéticos publicados.

Un sistema de actualización sistemática de bases de datos de terminología es un instrumento útil para asegurar la calidad de la codificación, y puede ser una buena base para la formación de consenso entre distintos hospitales o entre organizaciones sanitarias a nivel nacional. La formalización de operaciones de actualización de bases de datos de terminología es aplicable además en entornos multilingües[5], permitiendo establecer nexos estables entre bases de datos para diferentes idiomas a través de identificadores semánticos[19]. Aunque este enfoque es complementario a la formulación de reglas de uso en boletines periódicos, pensamos que una entrada alfabética normalizada y adaptada a la terminología real de nuestro idioma (sin traducciones equívocas ni omisiones por falta de correspondencia con términos en lengua inglesa) es un elemento clave para obtener códigos homologables.

Hipertextos

Los hipertextos son soportes de información muy adecuados para distintas necesidades de usuarios, docentes y administradores de sistemas de clasificación. Su capacidad de facilitar la difusión rápida de información estructurada compleja será una ventaja decisiva para incrementar la disponibilidad de publicaciones de referencia y aprovechar el potencial de las redes de información electrónica.

La aplicación de los hipertextos a la difusión y consulta de manuales de referencia de CIE-9-MC ha dado resultados satisfactorios. Los documentos disponibles permiten dar apoyo efectivo a actividades de puesta al día en normativa de codificación y en la formación de nuevos codificadores. Los documentos electrónicos pueden ser decisivos en sistemas de ayuda y microformación en el propio puesto de trabajo.

En poco tiempo, los hipertextos serán un complemento crucial de las bases de datos para facilitar el acceso a clasificaciones; en ciertos casos, y especialmente para clasificaciones de complejidad limitada, serán incluso una buena opción alternativa[20].

Enlace con el agrupador de casuística

LinkGRDs es un esquema de interfaz abierto entre un programa de codificación asistida, un agrupador de GRDs y una base de datos de valores de referencia para cada GRD; los usuarios pueden consultar y combinar códigos CIE-9-MC, añadir o capturar datos administrativos de un registro de casuística, realizar la agrupación de un caso individual y obtener un informe traducido a su propio idioma, con datos básicos proporcionados por el agrupador e información de referencia para comparación. Este instrumento tiene valor para garantizar la calidad de la codificación a efectos de agrupación de casuística.

La codificación de diagnósticos y procedimientos es un paso imprescindible para obtener registros hospitalarios susceptibles de tratamiento con instrumentos de agrupación de casuística. Establecer un sistema de interfaz entre los instrumentos de ayuda a la codificación y los programas de agrupación permite aplicar técnicas de análisis individualizado e interactivo a los registros hospitalarios y asegurar la calidad del CMBD a efectos de agrupación.

Nuestro grupo se planteó desarrollar un esquema de comunicación entre SCAn y un programa agrupador de GRDs, con dos finalidades:

1. Facilitar un uso interactivo del sistema de agrupación
2. Evaluar su aplicación en la mejora de la calidad de la codificación.

Se utilizaron dos componentes de software; un sistema de agrupación por GRDs (AP DRG Grouper v.10, (c) 3M Health Information Systems) y el programa de codificación asistida SCAn v.1.3. Se construyó una base de datos con información

sobre valores estándar en relación a GRDs para diferentes ámbitos (hospital, Insalud, SNS) y se diseñó un mensaje electrónico estructurado de intercomunicación entre SCAn y el agrupador, un gestor de transferencias de datos y un analizador de informes que accede a las bases de datos de indicadores de referencia. La visualización de resultados de la agrupación tiene lugar en una ventana de la estación de trabajo, y está dirigida por un menú que proporciona acceso a los mensajes de comunicación, al informe actual más reciente y a un fichero acumulativo de informes.

SCAn es capaz de elaborar mensajes estructurados susceptibles de análisis directo por el agrupador de GRDs. De esa forma es posible evaluar, durante el propio proceso de codificación, el efecto de determinadas opciones (elección del diagnóstico principal, codificación de complicaciones o enfermedades asociadas, procedimientos) sobre la asignación de GRD a un caso individual concreto.

La proporción de casos no agrupables (GRD 470) se ha mantenido entre el 0.16 y el 0.5 % para el CMBD de hospitalización. Se ha logrado reducir la proporción de otros GRDs anómalos (468 al 0.12 %, 469 al 0.05 %) mediante una revisión sistemática de los registros CMBD en los que se detecta posibilidad de error. El uso selectivo del agrupador de GRDs como servidor de informes permite estimular un máximo rigor en la codificación por CIE-9-MC y en la obtención de las variables clínicas del CMBD.

El procedimiento habitual para la agrupación por GRDs sobre bases de datos de casuística consiste en la elaboración de un fichero de datos a partir del CMBD (básico o ampliado) y su tratamiento automatizado por el software de agrupación. El fichero obtenido como producto final contiene los resultados de la agrupación, pero incluye además numerosos datos sobre validación de códigos o análisis de errores.

Como alternativa, la agrupación se puede realizar para un caso individual mediante la introducción de datos en un formato estructurado por líneas[2]. En este caso, el agrupador acepta las entradas del usuario y emite un informe. Dicho informe incluye los resultados de agrupación y ciertos datos sobre los criterios de agrupación utilizados, pero no contiene ningún análisis relativo al entorno asistencial en que se ejecuta el proceso.

LinkGRDs permite realizar de modo coordinado las tareas clave de la agrupación de casos individuales: codificación asistida por CIE-9-MC, elaboración del mensaje estandarizado, uso del agrupador en modo cliente-servidor, traducción automática del resultado de la agrupación, análisis comparativo y elaboración del informe final incluyendo datos de referencia para un entorno definido. Esta información añade un valor considerable a los informes de salida, ya que proporciona datos perfectamente legibles, tanto locales como comparativos. De esta forma ha sido posible aplicar técnicas de análisis obtenidas de distintas publicaciones sobre gestión de casuística[7]. Por otra parte, la agrupación individualizada se puede aplicar a la valoración del comportamiento del agrupador frente a casos tipificados.

Un interfaz automatizado entre los sistemas de ayuda a la codificación y los instrumentos de agrupación de case-mix permite aplicar métodos rigurosos de mejora de la calidad de la codificación en el mismo momento y lugar en que se generan los códigos.

Revisión, depuración y adaptación de índices alfabéticos

El paquete ProIndex es un conjunto de utilidades que permite automatizar gran parte del proceso de mantenimiento, adaptación y ordenación de los índices alfabéticos de CIE-9-MC. El módulo principal realiza la reordenación de entradas del índice alfabético traducido con estructura original (ordenado como en la versión inglesa) para adaptarlo al orden en castellano teniendo en cuenta las reglas de ordenación peculiares de CIE-9-MC (tratamiento de espacios, modificadores "con", "en" y "por"). Mediante un sistema de numeración de entradas, es posible mantener en un mismo fichero la estructura original y la adaptada, lo cual resulta útil durante las fases de puesta al día periódicas que dependen de boletines de actualización. SCAn permite conmutar entre las dos modalidades de ordenación (inglés y castellano) simplemente pulsando una tecla. ProIndex permite además insertar o validar nuevos términos o incluso jerarquías completas de uso frecuente, con lo que se refuerza la utilidad de los índices alfabéticos traducidos para usuarios de nuestro entorno.

CONCLUSIONES

El uso de SCAn como programa explorador de una base de datos de CIE-9-MC permite optimizar el uso de los recursos dedicados a la codificación, con incrementos de rendimiento del 50% al 100%. El sistema permite sustituir con importantes ventajas a los manuales impresos.

Disponer de CIE-9-MC en soporte electrónico resuelve numerosas limitaciones de usabilidad de los soportes convencionales (manuales impresos) y hace viables formas de explotación prácticamente inviables por otros medios. La incorporación de terminología local bajo control del usuario, la posibilidad de búsquedas libres por palabra clave en las listas tabulares, o el funcionamiento como tesauro de los índices alfabéticos son algunos ejemplos.

La evolución previsible de los sistemas de clasificación y de los de agrupación de casuística hace que pensemos que la mejor alternativa para elaborar sistemas de mapeo entre ambos esquemas a nivel de usuario sea la creación de módulos de interfaz relativamente autónomos y abiertos, frente a alternativas basadas en productos integrados que engloben ayuda a la codificación y agrupación de casuística.

Las áreas potenciales de aplicación del sistema de codificación asistida incluyen:

1. *Codificación*
2. *Control de calidad*
3. *Formación de codificadores*
4. *Mantenimiento, actualización y edición*
5. *Usos auxiliares*
   - A. *Codificación de bases de datos*
   - B. *Gestión de case-mix*
   - C. *Documentación de referencia*

El sistema de codificación asistida aporta ventajas de rendimiento en la generación del componente clínico del CMBD y en el control de calidad básico del CMBD (validación de códigos). Los métodos de mantenimiento de índices alfabéticos pueden ser muy útiles para homogeneizar los resultados de la codificación y actualizar de forma ágil las bases de datos de terminología. Una entrada alfabética normalizada es un mecanismo clave para obtener códigos homologables.

El ciclo de mantenimiento de los árboles de clasificación e índices alfabéticos se puede agilizar de forma considerable cuando la información está soportada en bases de datos. Los módulos de actualización de terminología y clasificaciones deberían convertirse en el instrumento habitual de gestión para nuevas ediciones de la clasificación.

PERSPECTIVAS FUTURAS

El fondo de documentación electrónica creado a lo largo del proyecto ha abierto líneas muy atractivas para futuros desarrollos.

A medio plazo, puede ser interesante plantear iniciativas para la edición electrónica de esquemas de clasificación, terminología y tesauros, o aplicar los resultados obtenidos para

ampliar el ámbito de aplicación de los sistemas de codificación automática.

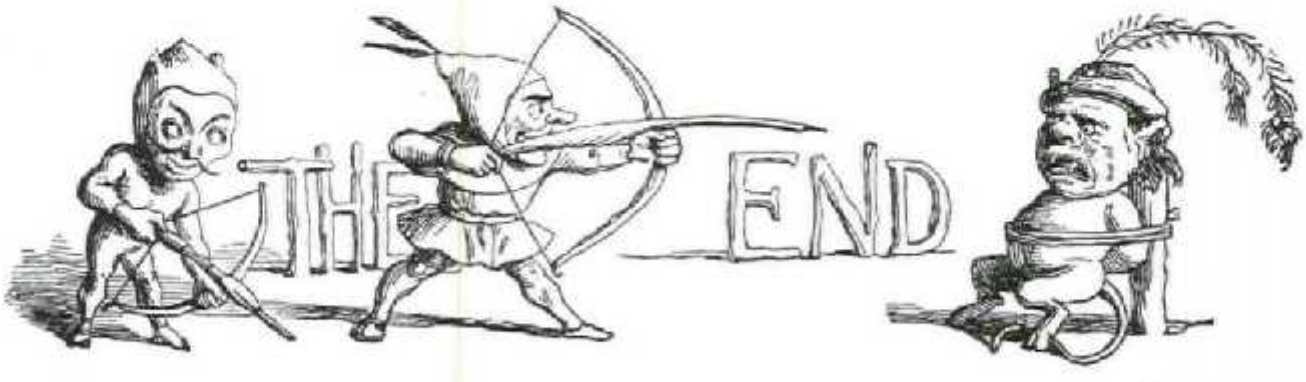
Integrar SCAn como un componente de software en sistemas de historia clínica electrónica, generar documentos electrónicos para dar soporte a CIE-10 utilizando lenguajes de representación de información estructurada (SGML), elaborar hipertextos de referencia para codificación con CIE-O, o desarrollar bases de datos de terminología multilingüe son posibilidades que ya están a nuestro alcance.

AGRADECIMIENTOS

El desarrollo de SCAn ha sido financiado en parte a través de la beca de proyecto de investigación 92/0457 del Fondo de Investigación Sanitaria.

REFERENCIAS

1. *Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª. Revisión, Modificación Clínica.* Segunda edición. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, 1993.
2. *Explotación de Bases de Datos del CMBD. Estadísticos de referencia estatal de los sistemas de agrupación de registros (GDR y PMC).* Sistema Nacional de Salud, 1994. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, 1995.
3. *Manual del Usuario. Normativa de codificación.* 3a. edición. Clasificación Internacional de Enfermedades, 9ª. Revisión, Modificación Clínica. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General Técnica, 1995.
4. European Workshop on Open Systems. EWOS PT 007 Final Report: *Coding and semantics.* CEC 1991.
5. Frugmann R (Ed.). Tools for Knowledge Organization and the Human Interface. *Proceedings of the 1st. Conference of the International Society for Knowledge Organization* (ISKO). Advances in Knowledge Organization Vol. 1. Frankfurt/Main, Indeks Verlag, 1990.
6. *ISO 2788 Documentation - guidelines for the establishment and development of monolingual thesauri.* International Standards Organization.
7. *National Information Standards Organization. NISO Z39.19-199X.* Proposed American National Standard - Construction, Format and Management of Monolingual Thesauri, 1992.
8. Rossi Mori A, Bernauer J, Pakarinen V, Rector A, De Vries-Robbé, Ceusters W, Hurlen P, Ogonowsky A, Olesen H. Models for Representation of Terminologies and Coding Systems in Medicine. En: *Progress in Standardization in Health Care Informatics.* De Moor GJE, McDonald CJ, van Goor JN., eds. IOS Press, 1993.
9. *Notas técnicas sobre a CIE-9-MC, 2o. edición en castelán.* Unidade de Referencia do Codificación Diagnóstica en Galicia. Consellería de Sanidade e Servicios Sociais, 1994.
10. Frisse ME, Cousins SB, Hassan SW. Information retrieval using a "digital book shelf". En: *Proc Annu Symp Comput Appl Med Care* 1991; 803-7.
11. Heathfield HA, Winstanley G, Kirkham N. A menu-driven knowledge base browsing tool. *Med Inf* 1990; 15: 151-9.
12. Klimzak JC, Hahn AW, Hausam RR, Sievert ME, Mitchell JA. A system for browsing the SNOMED international vocabulary. *Biomed Sci Instrum* 1994; 30: 127-32.
13. Coté RA, Protti DJ, Scherrer JR. *Role of informatics in health data coding and classification systems.* North Holland, Amsterdam, 1994.
14. Hohnloser JH, Kadlec P, Puerner F. Coding Clinical Information: analysis of clinicians using computerized coding. *Meth Inform Med* 1996; 35: 104-7.
15. Hohnloser JH, Puerner F, Soltanian H. Improving coded data entry by an Electronic Patient Record System. *Meth Inform Med* 1996; 35: 108-11.
16. Walker DC, et al. Internationalization of Health Care Terminology. In: KC Lun et al. (Eds.) *MEDINFO 92.* Elsevier Science Publishers, Amsterdam 1992, pp. 1444-1451.
17. Alberola Cuñat V. Términos de procedimientos: sinonimia y ejemplos de la CIE-9-MC. *Papeles Médicos,* 1992; 1 (2): 9-17.
18. *Codificación Clínica. Boletín de codificación con la CIE-9-MC.* Números 0, 1, 2 y 3. Unidad Técnica de la CIE-9-MC para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo.
19. Gabrieli, ER. Computer-based Medical Terminology and Knowledge Representation. En: *Progress in Standardization in Health Care Informatics.* De Moor GJE, McDonald CJ, van Goor JN., eds. IOS Press, 1993.
20. Romero Gutiérrez A, Ortiz Monzó F, García Sánchez MA. Hypertext interface to Healthcare Classification Systems. En: The future of health information management. *Proceedings of the 12th. International Health Records Congress.* MMV Medizin Verlag, Munich, 1996.
21. *All Patient DRG PC Grouper Software-International. Users manual.* 3M Health Information Systems, 1993.
22. Lichtig, LK. *Hospital Information Systems for Case-mix Management.* Wiley, New York, 1986.



"Punch", Londres, 1885.

PAPELES DE INVESTIGACION II

INTENTANDO BUSCAR MODELOS GRÁFICOS QUE AYUDEN A ACERCARSE MÁS RÁPIDAMENTE A LA REALIDAD Y FACILITEN LA TOMA DE DECISIONES

José M. Ladrón de Guevara, Rafael Porta
Unidad de Información y Control de Gestión
Hospital del Bidasoa. Hondarribia. Gipuzkoa

RESUMEN

Para los responsables de planificación y evaluación del trabajo de equipos de personas, como jefes clínicos, responsables de admisiones, o departamentos de control de gestión es vital disponer de información actualizada de la situación en que se encuentran las agendas de citación de cada uno de los integrantes de los equipos. El registro informático de cada cita a consultas externas o pruebas complementarias supuso un gran avance en este campo. Es ahora el momento de trabajar en el diseño de unos informes que faciliten la labor de comprensión de las agendas y propicien tomar decisiones adecuadas.

En el presente artículo se presenta una pequeña aplicación informática desarrollada en el Hospital del Bidasoa que, a partir de los registros contenidos en las bases de datos del Hospital, elabora unas pantallas e informes impresos fundamentalmente gráficos. Un año de uso en el Hospital del Bidasoa ha mostrado resultados satisfactorios.

SUMMARY

For the person in charge of planning and evaluation of the job of a medical team —clinical, patients admission or department of management control—, is essential to get updated information of the state of everybody citation notebook. Since the informatization meant a great advance in this field, it is now the moment of working in the design of some reports that facilitate the comprehension of that notebooks and give rise to adequate decisions.

In this article is presented a data processing application developed in the Bidasoa Hospital that starting from the databases of the Hospital produces some screens with basically graphic printed records. A year of functioning in this Hospital has given satisfactory results.

PALABRAS CLAVE

Gestión de pacientes. Citas de consulta. Sistema de información hospitalaria.

Correspondencia:
José M. Ladrón de Guevara.
Hospital del Bidasoa. Finca Zubieta. Barrio Mendelu
20280 Hondarribia. Gipuzkoa.
E-mail: hospital.bidasoa@2000.es

INTRODUCCIÓN

Cualquier responsable de la planificación y evaluación del trabajo de un grupo de personas tiene la necesidad de conocer en todo momento la situación de todos y cada uno de los detalles que le competen, y esta necesidad, y el hecho de no llegar plenamente al conocimiento de los detalles crea una sensación de angustia compartida por numerosos compañeros.

Para paliar esta angustia, los responsables de los equipos se emplean a fondo en analizar cuidadosamente complejos listados y numerosas pantallas de ordenador, de forma que, al cabo de un laborioso proceso intelectual consiguen hacerse una idea de la situación, y si les quedan fuerzas, son capaces de poner soluciones a los problemas que han encontrado.

Este trabajo, además, han de hacerlo periódicamente, con objeto de mantener una vigilancia constante del buen estado en que las cosas quedaron tras la última revisión. No es infrecuente encontrar una buena colección de razones que aconsejen dedicarse a otros menesteres más livianos, antes de volver a enfrentarse con las áridas pantallas de ordenador y los interminables listados llenos de datos complejos, o las tablas de asignación de consultas o exploraciones complementarios.

En resumen, las labores de planificación y evaluación han de tener resuelto el problema de información, con objeto de facilitar el proceso más importante y es el que se refiere a enmendar una situación anómala o a optimizar una situación mejorable.

ANTECEDENTES

Nuestra experiencia se limita a pequeños hospitales aunque tal vez nuestro diseño pueda ser útil para centros mayores.

No obstante, en nuestro medio, cuando un responsable de admisiones se enfrenta a la necesidad de conocer el programa de citaciones de consultas externas o de exploraciones complementarias a realizar en las próximas semanas, se enfrenta a un ímprobo trabajo en el que tiene que desmenuzar y relacionar gran cantidad de información, proceso al que ha de dedicar una buena ración de tiempo y esfuerzo. No es infrecuente encontrar en un hospital comarcal catorce o quince secciones, con dos, tres, cuatro o más consultores, donde los días de consulta no se ciñen exactamente a un programa estricto, donde los calendarios de guardias hacen modificar las agendas de citas, o donde la aparición de una incidencia inesperada hace descitar (y posteriormente recitar) apresuradamente una consulta entera.

Aún sin tener en cuenta todas estas extemporaneidades o inconveniencias, al menos con periodicidad semanal un responsable de planificación o evaluación, debe conocer la situación de las agendas de consultas externas o de exploraciones complementarias de su hospital, además de la situación de otros parámetros del hospital. En este artículo nos vamos a centrar en el sistema de información que nosotros consideramos más adecuado para acercarse a conocer las agendas de las consultas externas y las exploraciones complementarias en aras a simplificar, sin perjuicio de ahondar en otra ocasión en otras parcelas de la información dirigida a la toma de decisiones de gestión.

En nuestro hospital, para que cada lunes un responsable de admisiones se hiciera una idea de la situación en que se encuentran las agendas del hospital era preciso, más o menos, algo de los siguiente:

Imprimir el informe resumen que la aplicación proporciona; ello facilita una primera aproximación a la situación, pero insuficiente para conocer detalles del programa. Por otra parte la dispersión de procesos o pautas de cita, hace que su validez sea muy general sin conocer otros detalles.

Consultar por la pantalla del sistema informático las páginas diarias de cada uno de los médicos del Hospital. Para ello es preciso conocer los códigos de cada uno de los médicos, servicios,...

Tras revisar cada pantalla, en una libreta se anotaban resúmenes que posteriormente se utilizarían para confeccionar el informe o cuadro de mando final.

En todo momento era preciso comparar lo observado en las pantallas de citación con las directrices establecidas en los procedimientos de citación (tiempos, duraciones, proporción de prestaciones, orden de prestaciones, ...).

En algunos casos resulta molesto o simplemente uno no llega a acostumbrarse a trabajar sobre una pantalla. En este caso se puede imprimir un listado con las citas de cada uno de los

médicos, a exploraciones a realizar,... y trabajar posteriormente con estos listados.

En nuestro Hospital, el trabajo de revisar la totalidad de las citas de nuestros consultores, y el programa de exploraciones complementarias suponía consultar más de doscientas pantallas, o imprimir esa cantidad de hojas de papel continuo antes de obtener conclusiones.

Estos listados, por otra parte, no siempre han sido diseñados pensando en la función de planificación o evaluación, y frecuentemente contienen datos que no son necesarios para esto, como completos datos de identificación, sala en la que se realizará la exploración, preparación, régimen económico,...

En resumen, elaborar el cuadro de mando final, no siempre libre de errores, costaba en nuestro Hospital más de tres horas. La consecuencia inmediata era el abandono para centrarse en los servicios o exploraciones más problemáticos.

La función verdadera del responsable de admisiones del hospital es tomar decisiones para utilizar adecuadamente los recursos disponibles, no subsanar las deficiencias de información de un sistema poco operativo.

MATERIAL Y MÉTODO

Tanto las citas concertadas con los pacientes de consultas externas como con los de exploraciones complementarias quedan registradas en el momento de citación por parte de los operadores del Servicio de Admisión y Atención Primera. Estos registros constituyen riquísimas bases de datos las que, con un adecuado tratamiento, permiten elaborar informes fácilmente aprovechables por los usuarios finales, en este caso los responsables de las decisiones relacionadas con la gestión de consultas externas y exploraciones complementarias.

En nuestro caso, un sistema AS400 gestiona los ficheros que contienen los datos relativos a las citas de consultas externas. Estos datos se ponen a disposición de los usuarios de una red Novell en la cual existe un programa desarrollado por nosotros que representa gráficamente la situación de una consulta o la sala de ecografía o TAC,... Esta aplicación ha sido desarrollada utilizando Visual Basic, por lo que al utilizar un entorno Windows su aspecto es amigable y sencillo.

Mediante un sistema de control de usuarios un médico puede tener acceso a su consulta, un jefe de sección a las consultas de su sección, o el responsable de admisiones o el Director Médico a todas y cada una de las consultas o exploraciones complementarias.

Cuando el responsable de admisiones entra en la aplicación, de entre la lista de servicios elige el servicio que quiere estudiar. Inmediatamente se presenta una lista de médicos restringida a los del servicio elegido, donde elige aquél cuya consulta quiere conocer.

Al cabo de unos segundos se representa en pantalla un gráfico que contiene un conjunto de símbolos que representan todas y cada una de las citas que dicho médico tiene concertadas para los próximos dos o tres meses (Figura 1). Un primer vistazo permite conocer la densidad de la consulta, el reparto entre primeros y sucesivas, las horas de inicio, finalización y duración media de cada una de las prestaciones, la disponibilidad para la citación de nuevas consultas, los períodos inhabilitados para consulta.

Definidos los objetivos generales del Hospital es posible delimitar el análisis a unas pocas consultas: las definidas como problemáticas. Por ejemplo, en nuestro Hospital se ha definido como objetivo que el período de demora entre la solicitud y la cita de una primera consulta no supere en ningún momento las tres semanas. Utilizando adecuadamente las bases de datos, es posible elaborar casi instantáneamente un informe que marque aquellas consultas que no cumplan este objetivo. Una vez conocidas las consultas que no cumplen el objetivo, realizar el análisis de las razones de este incumplimiento es fácil: únicamente se trata de representar gráficamente estas consultas y verificar que el incumplimiento se debe a una razón de saturación, a un error de citación por el hecho de desaprovechar huecos más inmediatos, o bien al hecho de no haber ofrecido al paciente la posibilidad de ser atendido por otro facultativo con una lista de espera menos abultada.

CONCLUSIONES

Este sistema viene utilizándose en el Hospital del Bidasoa desde hace más de un año. Los informes iniciales, siempre impresos, han ido mejorándose y han sido sustituidos por consultas en pantalla. El sistema es utilizado por responsables de admisión, jefes clínicos, de servicios centrales y control de gestión. La opinión de los usuarios es favorable; no ha sido interpretado como un mecanismo de control, sino como una herramienta útil en la toma de decisiones aumentando la autonomía de los responsables de las unidades, apreciando el ahorro en esfuerzos y tiempo, y la seguridad en la toma de decisiones.

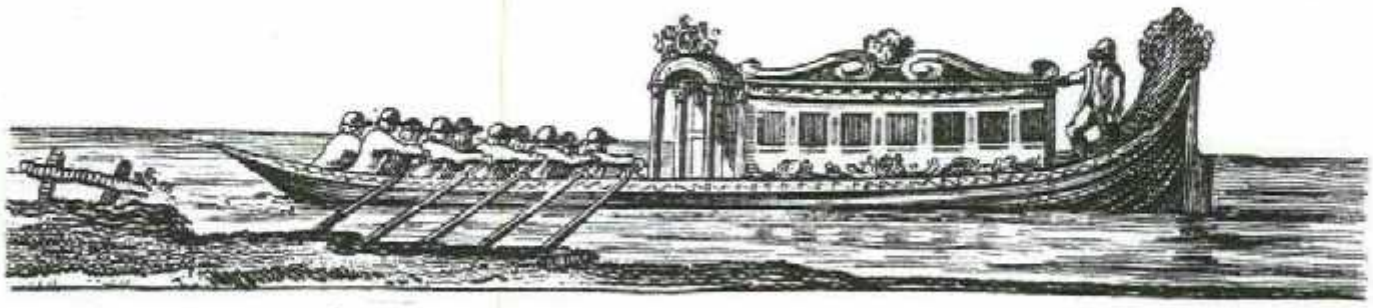
La aplicación desarrollada ha resultado sólida, segura y fiable, y las limitaciones de actualización de la información (no es posible con los medios actuales obtener información en tiempo real; los datos recogidos son los existentes a primera hora de la mañana) son las limitaciones más importantes, aunque no vienen restando operatividad a la aplicación.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

Cuervo J, Varela J, Belenes R. *Gestión de hospitales*. Barcelona Masson. 1995.

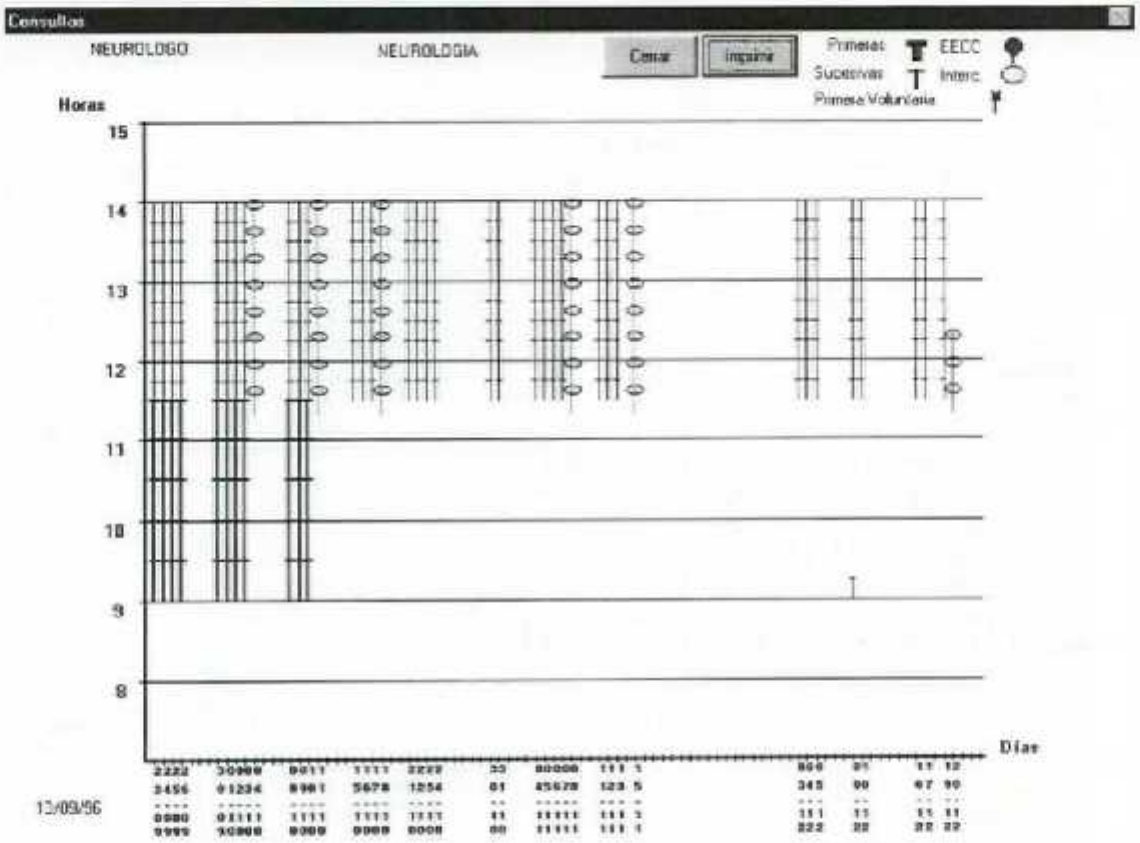
Lumsdon K, et al. Teh Clinical Connection. *Hospitals*. 1993, 67(9): 16-26.

Arraiza A. Sistemas de información clínica. Valencia. *Congr. Nac. Economistas de la Salud*. Mayo.1993.

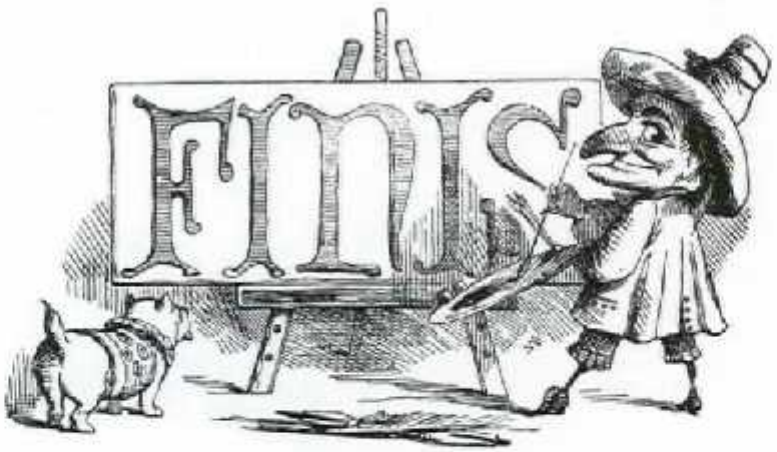


Boules & Carver Londres, 1785.

Figura 1



En la figura se representa una pantalla de la aplicación correspondiente a la consulta de Neurología y del médico denominado Neurólogo. Su consulta de lunes a jueves se inicia habitualmente a la 9 de la mañana, atendiendo a cinco pacientes en primera consulta, para los cuales tiene asignada media hora por paciente. Su capacidad de citar pacientes en primera consulta está saturada hasta el día 15 de octubre, y previamente se han cubierto todos los huecos. A las 11,30 h., cada 15 minutos tiene pacientes citados hasta las 14,00 h., excepto los viernes, en que se citan interconsultas, cada 20 minutos. La segunda quincena de noviembre no hay pacientes citados por disfrutar de un periodo de vacaciones. La consulta sucesiva citada a las 9,00 h. del día 9 de Diciembre puede ser un error. Situándose con el puntero del ratón sobre ella, se representan los datos personales de la mencionada consulta, lo que permite verificar la corrección de la citación.



"Punch", Londres, 1889.

PAPELES DE INFORMACIÓN I

M. Moreno Vernis

I.-Los documentalistas vascos y las oposiciones de Osakidetza

Seis años después de unas oposiciones empañadas aún por la sospecha (pendiente de resoluciones judiciales) de fraude en favor de los "socialistas" -entonces dirigían la Consejería Vasca de Sanidad-, se desarrollaron en Bilbao, a comienzos de este verano, los exámenes de la esperada Oferta Pública de Empleo (OPE) de la red sanitaria vasca.

Más de treinta mil inscritos de trece categorías para setecientas cincuenta plazas; y, entre las de médicos, plazas de Atención Primaria, de especialistas diversos de hospitales y dieciseis plazas de Unidades de Gestión Sanitaria (UGS)

¿Y eso qué es?

Las UGS de nueva creación en Osakidetza se proponen funciones genéricas: dar soporte técnico y profesionalizar la gestión de las direcciones de los hospitales, acercar los entornos clínico y de gestión. Pero, además, y por decisión del Servicio Vasco de Salud, deberán recibir la consideración de UGS, unidades como las de Archivos de documentación clínica, Admisión, Calidad, Información sanitaria, Atención al paciente, etc.

Y es así como varios médicos documentalistas del País Vasco —algo menos de la mitad de los dieciseis plazas convocadas, la mitad de promoción interna y el resto en turno libre—, vieron en esta ocasión su puesto de trabajo "ofertado" en forma de UGS.

Aunque el baremo de méritos valoraba más (0,30 puntos/mes) el trabajo en Archivos y Documentación Clínica o Admisión que el desempeñado en Administraciones Sanitarias (0,20 puntos/mes) y el de médico en Instituciones Sanitarias (0,05 puntos/mes), el temario de las mencionadas oposiciones -probablemente coherente con los fines adjudicados a las UGS- sugería ya de qué iba la cosa: frente a dos bloques temáticos -Gestión de pacientes y Documentación clínica- con catorce temas en total, Calidad incluía once temas, Sistemas de información sanitaria y generalidades (gestión, organización, estilos de dirección) sumaban dieciseis temas, y Atención al paciente otros seis.

Llegó el examen, y lo demás

Unos quinientos médicos inscritos, menos de trescientos presentados y en el primer examen -eliminatorio- ... ¡once aprobados!

Eso sí: Osakidetza eliminó la angustiosa espera de días y noches insomnes de examinandos deshojando su margarita. Al salir: tenga Vd el cuadernillo de preguntas, tenga la copia de su examen y, si espera un poco, vamos a dictar las respuestas correctas del examen tipo test (cien preguntas más diez de reserva, por si hay que anular algunas que pudieran impugnarse). Puede, pues, evaluarse Vd mismo. Por otra parte, modernos sistemas de corrección permitieron saber, a la hora o dos horas, quiénes fueron los once aprobados y sus puntuaciones.

Al segundo examen -teórico-práctico y escrito- se presentaron aquellos y uno más, cuya impugnación fue aceptada: total doce presentados, doce aprobados, que, en estas fechas de septiembre esperan tomar posesión de las plazas que, en su mayoría, vienen ya ocupando. O de otras.

Polémico el examen, polémicos sus resultados; acusaciones del sindicato mayoritario en la sanidad vasca -*ELA*- y del periódico *El Mundo*, de amiguismo entre el presidente del tribunal y bastantes de los aprobados que trabajaban o trabajan cerca de la Subdirección de Osakidetza que aquél ocupa; invitación del Consejero de Sanidad a que las irregularidades denunciadas en varios exámenes fueran probadas ante la justicia, etc.

En cualquier caso, ninguno de los aprobados -desde un gerente de hospital hasta directivos o exdirectivos intermedios de Osakidetza- parece haber trabajado (salvo error u omisión) en áreas de Admisión o Documentación y Archivos de historias clínicas. Y, seguro, ninguno de los profesionales de la documentación médica presentados, aprobó el examen.

El examen

Un rápido repaso clasificatorio a las preguntas formuladas permite esta impresión diagnóstica (sujeta claro está, a matizaciones ya que no pueden archivarse todas las preguntas en un único casillero)

- Temas de gestión (entre los que incluimos algunos de los atribuibles a Admisión): 47%
- Temas de Calidad: 21%
- Temas de Atención al paciente: 18%
- Temas de Documentación médica: 14%

Lo sucedido a estos colegas del País Vasco nos recuerda lo de que "si ves las barbas del vecino afeitar..." En fin, puede que otros directivos -autonómicos o no-, se entusiasmen con las UGS, y por si hemos de poner nuestras barbas a remojo os invitamos desde *Papeles médicos* a darnos la respuesta correcta a las preguntas del mencionado examen, pudiendo empezar, de momento, con la contestación a esta pregunta tan simple: "La teoría sobre la gestión visual, que destaca la importancia de la disponibilidad de la información necesaria para cada persona en su puesto de trabajo, es una aportación de:

- Taichi Ohno
- Massaki Imai
- Genichi Taguchi
- Kiyoshi Susaki

Vamos, seguro que te suena al menos, pero en caso contrario y si por casualidad al autoevaluarte contestando las demás preguntas del examen que a continuación transcribimos, (ver facsímil en *Papeles de Autoevaluación*, p. 15 y ss.) no consideras que tu formación está a la altura, te aportamos también el temario publicado para que puedas tranquilamente desarrollarlo y pulir después, estas pequeñas asperezas que pueden empañar tu correcta formación.

Temario de Médico para las Unidades de Gestión Sanitaria (Anexo V de la Convocatoria)

1. Gestión de pacientes
   - I. Las unidades de Admisión o Recepción de Pacientes. Concepto, funciones, procesos.
   - II. La programación de: Consultas Externas, Hospitalización General de camas, Pruebas complementarias.
   - III. Programación quirúrgica.
   - IV. Gestión de listas de espera.
   - V. Gestión de órdenes médicas.
   - VI. Continuidad de cuidados Atención Especializada y Atención Primaria
   - VII. Circulación de pacientes.
2. Documentación clínica
   - I. La Historia Clínica y sus documentos. Tipos de Historia Clínica.

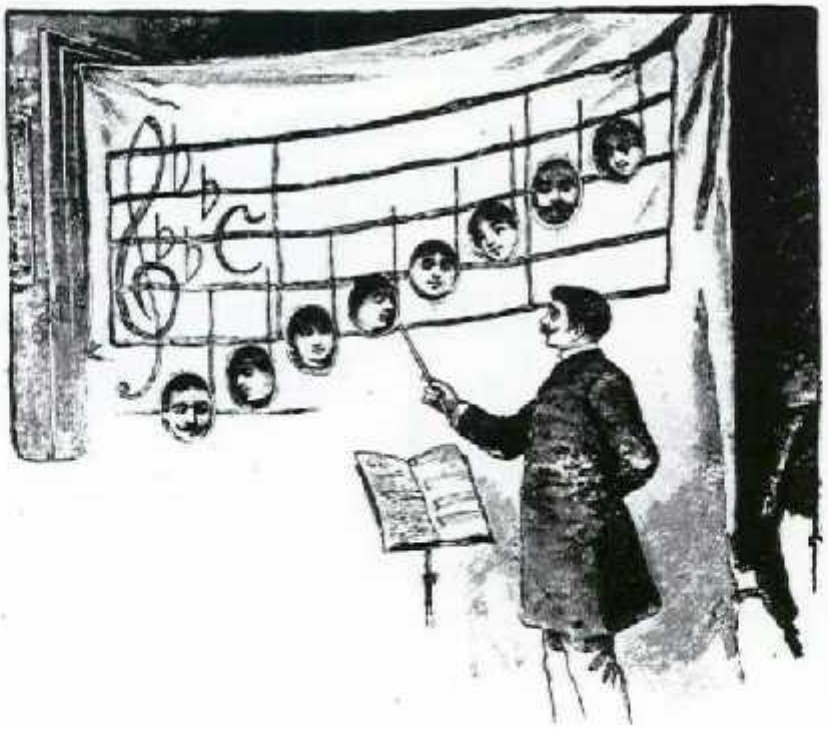
II. El I.C.D.9-CM. Codificación. C.M.B.D.
III. Archivos de Historias Clínicas. Sistemas
IV. Legislación al respecto
V. Evaluación de la Historia Clínica.
VI. Acceso, Confidencialidad y Perdurabilidad de la Historia Clínica.
VII. La informática aplicada a la Documentación Clínica.

3. Calidad
I. Conceptos fundamentales: Ambito sanitario y no sanitario.
- Evolución histórica.
- Enfoques para la evaluación de la calidad.
- Atributos de la calidad en el ámbito sanitario.
II. La planificación de la calidad.
III. La calidad en la empresa de servicios: El servicio al cliente
IV. Metodología de evaluación y mejora de calidad.
- El audit clínico
- El ciclo evaluativo. Indicadores, criterios, estándares.
- Monitorización.
- Métodos y herramientas de resolución de problemas.
- Protocolos.
- Otros métodos y herramientas.
V. El liderazgo y la participación en evaluación y mejora de la calidad. Comisiones clínicas. Grupos de mejora.
VI. La calidad total. El modelo europeo de gestión de calidad de la E.F.Q.M. (European Foundation for Quality Management)
VII. Rediseño y reingeniería de procesos. La gestión del proceso y sus componentes.
VIII. La calidad en el contexto de la reforma sanitaria (Osasuna Zainduz)
IX. La acreditación en el ámbito sanitario.
X. La formación en calidad.
XI. Bioética y calidad.

4. Atención al Paciente
I. Derechos y obligaciones de usuarios.
II. Tramitación de quejas, sugerencias y reclamaciones.
III. Información al paciente.
IV. Estudios de opinión, Encuestas de satisfacción y estudios de espectativas de usuarios.
V. Consentimiento informado.
VI. Programación de visitas.

5. Sistemas de Información Sanitaria
I. Sistemas de clasificación de pacientes. Case-Mix.
II. Items e indicadores de actividad asistencial. Definición, conceptos.
III. Indicadores de rendimiento y calidad asistencial.
IV. Validación de datos.
V. Sistemas de información para la dirección.
VI. Información para los servicios: Información para la gestión clínica.

6. Generalidades
I. Organización del hospital: Los órganos de dirección. Funciones. Jefaturas de Servicio. Funciones.
II. Planificación de un Servicio médico.
III. Cálculo de necesidades de recursos.
IV. Gestión participativa por objetivos. Evaluación.
V. Legislación básica. Ley S,V,S,/Osakidetza. Decretos, Ordenes vigentes en C.A.V.
VI. Reforma sanitaria/O.Z.; Plan de salud/Planes de empresa.
VII. Estilos de dirección.
VIII. Participación en la gestión.
IX. Economía y gestión: Eficacia, Eficiencia, Efectividad.
X. Marketing hospitalario y comunicación.



"The Youth's Companion"
Boston, 1887.

PAPELES DE AUTOEVALUACIÓN

Concurso-Oposición convocado por Resolución n.º 38 de 17 de enero de 1996. (BOPV n.º 15 de 22 de enero de 1996). Fecha de realización: 22-6-96.

1 - Los datos mínimos básicos a incluir en el FIP (fichero índice de pacientes) son:

a) Nombre, 2 Apellidos, Fecha de Nacimiento, DNI, TIS y Nº de Historia Clínica
b) Nombre, 2 Apellidos, Fecha de Nacimiento, Domicilio, DNI, TIS y Nº de Hª Clínica
c) Nombre, 2 Apellidos, Domicilio, DNI, TIS, Nº de Hª Clínica y Diagnóstico de Ingreso
d) Nombre, 2 Apellidos, TIS, DNI, Domicilio y Teléfono

2.- Señale respecto a las recomendaciones de criterios de selección de pacientes para Cirugía Mayor Ambulatoria cuál es la correcta:

a) Se aconseja excluir aquellos pacientes con sobrepeso > al 30 % del peso ideal teórico
b) Aunque los criterios de selección varían, normalmente se incluyen todos los pacientes con riesgo ASA I - II - III
c) Entre las características de los pacientes, un criterio de selección es la edad
d) Todas son ciertas

3.- Señale cuál es el Tiempo Real de Absorción de una Lista de Espera de 450 pacientes, en un Hospital con 250 camas, un Indice de Ocupación del 85 %, una Estancia Media de 10 días y una Presión de Urgencias del 70 % :

a) 20 días
b) 21 días
c) 65 días
d) 70 días

4.- El Conjunto Mínimo Básico de Datos del alta hospitalaria es:

a) El documento de ordenación administrativa comprensible del conjunto nuclear de información anónima concerniente al alta hospitalaria contenida en la historia clínica.
b) El documento de ordenación administrativa comprensible del conjunto de datos que se contienen en la historia clínica.
c) El documento de ordenación administrativa comprensible del conjunto nuclear de información personalizada contenida en la historia clínica.
d) El documento de ordenación administrativa comprensible del conjunto nuclear de información personalizada concerniente al alta hospitalaria contenida en la historia clínica.

5.- Para clarificar dos o más procesos que cumplan la condición de principal se aplicará siempre la siguiente secuencia de prioridades:

a) Aquel que determina la etiología/Aquel de mayor consumo de recursos/Aquel que determina la manifestación
b) Aquel que determina la manifestación/Aquel que manifiesta la etiología/Aquel de mayor consumo de recursos
c) Aquel que determina la etiología/Aquel que determina la manifestación/Aquel de mayor consumo de recursos
d) Aquel que determina la manifestación/Aquel de mayor consumo de recursos/ Aquel que determina la etiología

6.- El Decreto 303/1992 de 3 de Noviembre, por el que se regula el CMBD del Alta hospitalaria y se crea el Registro de Altas Hospitalarias de Euskadi, recoge en su artículo 3 las variables que deberán constar en cada alta, siendo las tres primeras :

a) Código de Centro Hospitalario/Nº de Hª Clínica/Sexo
b) Código de Centro Hospitalario/Nº de Registro de Ingreso/Fecha de Nacimiento
c) Código de Centro Hospitalario/Nº de Hª Clínica/Fecha de Admisión
d) Código de Centro Hospitalario/Nº de Ingreso Hospitalario/Nº de Hª Clínica

7.- Señale, según el CIE-9-MC, a qué corresponde el código V72.3:

a) Glaucoma
b) Demencia Senil
c) Reconocimiento Ginecológico
d) Afaquia

8.- Entre las diferentes aportaciones de Edwar Deming a la Calidad cabe destacar los "14 puntos para la gestión", siendo el primero de todos ellos :

a) Estimular a la gente para su mejora personal
b) Mejorar continuamente en todos los ámbitos de la empresa
c) Crear constancia en el propósito de mejorar el producto y el servicio
d) Eliminar el miedo para que las personas trabajen seguras y den lo mejor de si mismas

9.- El conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada de que un producto o servicio va a satisfacer los requisitos dados sobre la calidad, constituye la definición de:

a) El Control de Calidad
b) El Aseguramiento de la Calidad
c) El Control Estadístico del Proceso
d) La Mejora de la Calidad

10.- Señale cuál de los siguientes aspectos no fue mencionado por el IOM (Institute of Medicine) como uno de los principales objetivos de las "practice guidelines" (guías de práctica clínica):

a) Reducir el riesgo de judicialización
b) Educar individuos ó grupos
c) Controlar la sobreutilización de servicios sanitarios
d) Orientar la distribución de los recursos

11.- Los estudios de evaluación de calidad que más frecuentemente se llevan a cabo son:

a) Observacionales transversales y los cuasi-experimentales.
b) Estudios experimentales de cohorte.
c) Estudios analíticos caso-control.
d) Todos los anteriores.

12.- La E.F.Q.M. (European Foundation for Quality Management) ha elaborado un Modelo de Gestión de la Calidad Total, en el que la proporción adecuada de los distintos criterios es la que se recoge a continuación, excepto:

a) Gestión de Personal: 9% / Política y Estrategia: 9% / Recursos: 9%
b) Liderazgo: 10% / Satisfacción del personal: 9% / Procesos: 14%
c) Satisfacción del cliente: 20% / Impacto social: 6% / Resultados empresariales: 15%
d) Gestión de Personal: 9% / Recursos: 9% / Procesos: 14%

13.- De conformidad con lo establecido en el Artículo 10 de la Ley General de Sanidad, los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud/Osakidetza o de Servicios concertados por éste, tienen los siguientes derechos, excepto:

a) Recibir la información que precise sobre su estado de salud, así como respecto a las implicaciones en el mismo de cualquier intervención o terapéutica a la que deba ser sometido
b) Asegurar la confidencialidad de su Hª Clínica
c) Colaborar en el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias
d) Recibir instrucciones claras y escritas sobre la utilización de los medicamentos recetados

14.- La escala de Fry mide:

a) La legibilidad de formularios escritos
b) La materialidad de los riesgos
c) La cantidad de información contenida en un formulario escrito
d) La validez de un formulario escrito de Consentimiento Informado

15.- Señale cuál de los siguientes puntos no está incluido entre los 16 que desarrolla el INSALUD en su Plan de Humanización de Hospitales :

a) Comités institucionales de Ética
b) Carta de presentación y recepción del paciente
c) Biblioteca para pacientes
d) Todas están incluidas

16.- Señale qué información mínima es obligatorio proporcionar según la legislación vigente en España, para la obtención del Consentimiento Informado en investigación clínica con medicamentos:

a) Beneficios esperados para el sujeto y la sociedad
b) Circunstancias en que puede cambiarse el protocolo de investigación en aspectos que afectan al paciente.
c) Grado de confidencialidad de los datos e identidad de los sujetos
d) a y c

17.- Señale cuál de las siguientes medidas de la "Eficiencia" es correcta :

a) Análisis coste-beneficio.
b) Analisis coste-efectividad.
c) Análisis coste-utilidad.
d) Todas las anteriores.

18.- Señale qué enfoque sobre las necesidades de salud se ha tenido en cuenta en la redacción del Plan de Salud de la Comunidad Autónoma del País Vasco para orientar las intervenciones sanitarias:

a) Enfoque "Usuario" y enfoque "Proveedores de servicios a nivel primario y especializado"
b) Enfoque sobre las necesidades de salud desde el punto de vista epidemiológico
c) Enfoque "Administración Sanitaria"
d) a y c son ciertas

19.- En el proceso de Planificación Estratégica de un centro, al realizar el Análisis Interno, se tienen en cuenta los siguientes aspectos, excepto:

a) Productos / Servicios
b) Activos Materiales
c) Catálogo de Servicios y Prestaciones
d) Posición Financiera

20.- Señale cuál de los siguientes no se corresponde con los enfoques clásicos del cálculo de necesidades de recursos:

a) Método basado en la demanda
b) Método basado en las metas de los servicios (objetivos)
c) Método estadístico de Reinke
d) Método basado en estándares

21.- Señale cuál es la fórmula correcta para calcular el Intervalo de Sustitución, teniendo en cuenta que:

IS : Intervalo de Sustitución
EM : Estancia Media
IO : Indice de Ocupación

a) $IS = \dfrac{EM \times (100 - IO)}{IO}$

b) $IS = \dfrac{(EM \times 100) - (EM \times IO)}{IO}$

c) $IS = \dfrac{100 - IO}{EM}$

d) $IS = \dfrac{100 \times (100 - IO)}{EM}$

22.- Señale cuál es la fórmula correcta para calcular el Indicador Estadístico de Calidad (IEC):

a) $$IEC = \frac{(4 + K) \times 100}{\frac{EM}{EM_0} + \frac{EMP}{EMP_0} + \frac{M}{M_0} + \frac{K \times N}{N_0} + \frac{ISP}{ISP_0}}$$

b) $$IEC = \frac{(4 + K) \times 100}{\frac{EM_0}{EM} + \frac{EMP_0}{EMP_0} + \frac{M_0}{M} + \frac{K \times N_0}{N} + \frac{ISP_0}{ISP}}$$

c) $$IEC = \frac{(4 + K) \times 100}{\frac{EM_0}{EM} + \frac{EMP}{EMP_0} + \frac{M}{M_0} + \frac{K \times N_0}{N} + \frac{ISP}{ISP_0}}$$

d) $$IEC = \frac{(4 + K) \times 100}{\frac{EM}{EM_0} + \frac{EMP}{EMP_0} + \frac{M}{M_0} + \frac{K \times N_0}{N} + \frac{ISP}{ISP_0}}$$

23.- Es cierto, en relación al índice PIR del sistema de clasificación de pacientes PMC (Patient categories management), que:

a) Cuantifica la utilización de recursos realizada de hecho en cada hospital.
b) El PIR de un paciente con comorbilidad,corresponde al PIR del PMC principal.
c) Los componentes de la estrategia de manejo clínico y la Estancia Media, son los factores que generalmente definen el PIR de un PMC.
d) a y c son ciertas.

24.- Dentro de los instrumentos clásicos que facultan la toma de decisiones clínicas, la aplicación del Teorema de Bayes se puede considerar como:

a) Un método algebraico
b) Un método estadístico
c) Un método probabilístico
d) Podría ser incluido en cualquiera de ellos

25.- En relación a las funciones de la Unidad/Servicio de Admisión señale cuál de las siguientes respuestas es correcta:

a) Gestión de Camas
b) Custodia de Objetos de Valor
c) Registro Legal de Documentación: Consentimientos, Partes Judiciales y Altas Voluntarias
d) Todas son ciertas.

26.- Señale respecto a la gestión de la Lista de Espera Quirúrgica aquello que sea incorrecto:

a) En la Lista de Espera debe valorarse: Nº de pacientes, Demora y Recursos Equivalentes
b) Si la demora media aumenta, y el número de pacientes permanece estable, ello indica que se están interviniendo pacientes registrados recientemente en Lista de Espera
c) Lo correcto es realizar las comunicaciones de ingreso a los pacientes con una antelación mínima de 1 semana, y confirmar el ingreso 24 horas antes
d) El tiempo mínimo de Absorción de la Lista de Espera es igual a: (Nº de Pacientes en Lista de Espera x Estancia Media) / Nº de Camas en ese periodo

27.- ¿Cuál de los siguientes factores condiciona un descenso de la estancia media de un hospital?:

a) Disminución del Indice de ocupación
b) Disminución de presión de urgencias
c) Aumento del Indice de mortalidad
d) Asignación fija de las camas por servicio

28.- Señale cuál es el tiempo medio standard para las Consultas Primeras y Sucesivas en la especialidad de Neurología recogido en el Nuevo Modelo de Gestión Hospitalaria del Ministerio de Sanidad del año 1984:

a) 45 minutos cada primera consulta - 15 minutos cada consulta sucesiva
b) 45 minutos cada primera consulta - 20 minutos cada consulta sucesiva
c) 45 minutos cada primera consulta - 30 minutos cada consulta sucesiva
d) 60 minutos cada primera consulta - 20 minutos cada consulta sucesiva

29.- Señale en cuál de las siguientes situaciones se suele utilizar el Sistema de Clasificación Cronológico Secuencial:

a) En los Servicios de Urgencias, para el Archivo de las Historias Clínicas esporádicas
b) En los Archivos departamentales
c) En los Archivos con un nº de Historias Clínicas inferior a 10 000
d) En los CAP (Centros de Atención Primaria)

30.- En la legislación española las excepciones al derecho al Consentimiento Informado se recogen en el punto 6 del artículo 10 de la Ley General de Sanidad, especificándose 4 supuestos. Señale cuál de los que a continuación se detallan no figura en el citado artículo:

a) Grave peligro para la Salud Pública
b) Situación de urgencia
c) Incompetencia del enfermo
d) Rechazo explícito de información por parte del paciente

31.- El Decreto 272/1986 de 25 de Noviembre , por el que se regula el uso de la Historia Clínica de los Centros Hospitalarios de la C.A.P.V., recoge en su artículo 5º que el informe provisional derivado del estudio anatómico post-mortem con mención expresa de los hallazgos macroscópicos y causa posible de muerte, debe ser emitido en un plazo no superior a:

a) 24 horas
b) 48 horas
c) 72 horas
d) 1 semana

32.- Indique cuál de los siguientes grupos de factores son señalados en la bibliografía por influir de forma significativa en la prevalencia de "Efectos adversos" observados en el paciente hospitalizado:

a) Edad; Duración de la estancia; Categoría diagnóstica.
b) Existencia de normas organizativas y protocolos en los centros.
c) Centros acreditados por la Joint Commission y con programas docentes.
d) Todos los grupos de factores mencionados.

33.- Cuando se quiere seleccionar un factor o un reducido conjunto de factores como prioritarios entre una lista más amplia de los mismos, y estos factores no admiten una clasificación cuantitativa debido a su carácter cualitativo, la herramienta que debemos utilizar es:

a) Estratificación
b) Diagrama de Afinidad
c) Diagrama de Matriz
d) Selección Ponderada

34.- Señale cuál de las siguientes aseveraciones sobre la relación entre el "Audit clínico" y la "Investigación evaluativa" es falsa:

a) Se corre el riesgo de que el "Audit clínico" se enmascare como "Investigación evaluativa" y viceversa.
b) Son dos actividades bien diferenciadas pero que se interelacionan de forma importante.
c) La "Investigación evaluativa" proporciona las bases para definir la asistencia de buena calidad con el fin de aplicar tal definición al proceso de "Audit clínico".
d) Los resultados del "Audit clínico" tienen un importante rigor científico y son generalizables, al igual que los de la "Investigación evaluativa".

35.- La estrategia de evaluación de la calidad basada en el análisis de 5 puntos: Estructura/ Contenido/ Proceso/ Resultado/ Impacto, fue establecida por:

a) Makover en 1951
b) Sheps en 1955
c) De Geyndt en 1970
d) Williamson en 1971

36.- Dentro del apartado "Registros de la Calidad" los niveles de exigencia en las normas ISO 9001, 9002 y 9003 son:

a) Total/Total/Inexistente
b) Total/Parcial/Total
c) Total/Total/Parcial
d) Total/Total/Total

37.- Señale cuál de las afirmaciones no es correcta con respecto a la formulación de quejas y reclamaciones que pueden realizar los pacientes y usuarios del Servicio Vasco de Salud / Osakidetza:

a) La utilización de ésta vía de reclamación por los usuarios no sustituye a la vía procedimental ordinaria de reclamación administrativa
b) Las quejas y reclamaciones deberán dirigirse al Director o Responsable del centro sanitario en el que haya tenido lugar el hecho objeto de la denuncia
c) Los Servicios de Atención al Paciente registrarán todas las reclamaciones que ante ellos se formulen, siempre y cuando el hecho objeto de la denuncia se haya producido en el hospital donde se encuentren
d) Cada centro sanitario adoptará las medidas adecuadas para facilitar a los pacientes y usuarios impedidos por cualquier causa el ejercicio de su derecho

38.- Constituyen funciones del Servicio de Atención al Paciente y Usuario (SAPU) de los hospitales del Servicio vasco de salud todas las siguientes excepto una, señálela:

a) Realizar encuestas de usuarios.
b) La resolución de las quejas y reclamaciones presentadas por los usuarios.
c) Tutelar el cumplimiento de los derechos de los pacientes y usuarios.
d) Impulsar por propia iniciativa del SAPU reclamaciones en los casos que se vulneren los derechos de los pacientes.

39.- El Plan de Humanización del INSALUD es del año :

a) 1980
b) 1982
c) 1984
d) 1985

40.- La encuesta Blendon encargada por la "Comisión Abril Martorell" analizó:

a) Los resultados del Sistema Sanitario Español
b) La opinión de los profesionales del sistema
c) La satisfacción de los consumidores
d) Las expectativas de los profesionales

41.- El Servicio vasco de salud / Osakidetza fue creado por:

a) Decreto 391/1987 de 30 de Diciembre por el que se aprueba la publicación del acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias sobre el traspaso a la C.A.P.V. de las funciones y servicios del INSALUD
b) Por la Ley 10/1983 de 19 de Mayo
c) Decreto 43/1981 de 23 de Marzo por el que se aprueba el acuerdo de la Comisión Mixta de Transferencias en materia de Sanidad, Servicios y Seguridad Social
d) Real Decreto 2.209/1979 de 7 de Septiembre sobre transferencias de competencias de la Administración del Estado al Consejo General del País Vasco en materia de Sanidad

42.- Señale cuál de los siguientes no corresponde a los factores "higiénicos" del Sistema de Motivación de Herzberg:

a) Salario
b) Responsabilidad
c) Política y Administración de la empresa
d) Seguridad

43.- Según Philip Kotler (1986), la demanda asistencial puede encontrarse en 8 estados diferentes, ante los cuales el marketing debe actuar de manera diferente. Señale cuál de las siguientes asociaciones "Tipo de Demanda-Actuación de Marketing" es la correcta:

a) Demanda Negativa: Abandonar la actuación
b) Demanda Latente: Desarrollar mercado
c) Demanda Excesiva: Limitar oferta
d) Demanda Completa: Mantener la actuación

44.- Señale cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta, cuando nos referimos a un Hospital de 500 camas, cuyo Indice de Ocupación ha sido del 80 %, la Estancia Media de 8 días, y el % de pacientes que no requerían hospitalización tras una auditoría de Historias Clínicas del 15%:

a) La reserva latente del Hospital son 60 camas
b) La reserva ilegítima se corresponde con el exceso de nº de camas desocupadas por encima del límite de seguridad
c) Según Blumberg, la evolución del nº de camas ocupadas en un largo periodo de tiempo tiende a seguir el modelo estadístico de una Distribución de Poisson
d) La reserva manifiesta es la suma de la reserva legítima + reserva ilegítima + reserva latente

45.- Señale a qué se refiere el indicador de rendimiento hospitalario, Indice de Rotación Enfermo / Cama Mensual:

a) Los pacientes que permanecen ingresados en 1 mes
b) Las altas que se producen en 1 mes
c) Proporción de pacientes del área que ingresan en el hospital
d) Pacientes que pasan por una cama en 1 mes

46.- ¿Cuál de los siguientes sistemas de clasificación de pacientes utiliza como criterio de agrupamiento en cada categoría el isoconsumo de recursos?:

a) Disease Staging
b) APACHE (Acute Phisiology and Chronic Health Evaluation)
c) CIE-9 MC (Clasificación Internacional de Enfermedades 9ª Edición, Modificación clínica)
d) GDR (Grupos relacionados con el Diagnóstico)

47.- En la Clasificación de los PMCs hay una variable que se usa como criterio de clasificación para definir solamente siete categorías, refiriéndonos a:

a) Edad
b) Procedimiento
c) Complicación Postoperatoria
d) Estado al Alta

48.- Al referirnos a las camas hospitalarias que constituyen la dotación de un centro, a efectos de contabilizar su número, se tendrá en cuenta que no se contabilizarán como tales camas hospitalarias las siguientes, excepto:

a) Cunas de Áreas Pediátricas
b) Camas de la Unidad de Reanimación que no cumplen funciones de UCI
c) Camas ubicadas en el Hospital de Día Médico-Quirúrgico
d) Incubadoras Portátiles

49.- Señale, en relación a los distintos Modelos de Gestión de Lista de Espera, cuál es la respuesta correcta:

a) El modelo de gestión de Listas, basado en la oferta de servicios, tiene la ventaja teórica de la justicia en el reparto
b) El modelo basado en la demanda tiene como finalidad la libertad de elección del paciente dentro de un ambiente de autorregulación de flujos
c) El modelo basado en la oferta, al tratarse de un sistema centralizado, permite controlar costos
d) Todas son correctas

50.- La Ley Orgánica de Regulación del Tratamiento Automatizado de Datos Personales se publicó en el año:

a) 1989
b) 1990
c) 1992
d) 1994

51.- Para realizar una adecuada Programación de Primeras Visitas en Consultas Externas, la formulación de la actividad diaria esperada, teniendo en cuenta que :

T : Tiempo Asignado (Nº de Locales x Tiempo de Utilización)
R : Rendimiento esperado en tanto por uno
t1: Tiempo de Consultas Primeras
t2: Tiempo de Consultas Sucesivas
n1: Nº de Consultas Primeras
n2: Nº de Consultas Sucesivas
r : Relación Sucesivas/Primeras

puede realizarse de la siguiente forma:

a) $n1 = \dfrac{T \times t1}{R + (r \times t2)}$

b) $n1 = \dfrac{T \times R}{(t1 \times R) + t2}$

c) $n1 = \dfrac{T \times R}{r \times (t1 + t2)}$

d) $n1 = \dfrac{T \times R}{t1 + (r \times t2)}$

52.- En la Orden que regula la obligatoriedad de emitir un Informe de Alta no se encuentra especificado que:

a) La cumplimentación de lo regulado será requisito imprescindible para el abono de conciertos por prestación de Servicios de Hospitalización
b) Se podrá suprimir la cara B de la ficha del enfermo, siempre que se incluya en la cara A de la misma ficha la fecha y motivo de alta
c) Se elaborará asimismo un Informe de Alta a los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias
d) Los datos contenidos en el Libro de Registro referidos al Alta se cumplimentarán a partir de los recogidos en el Informe de Alta

53.- Señale qué afirmación de las que se realizan a continuación es falsa en relación a la variable del CMBD, "Diagnóstico Principal":

a) Se codificará según la Codificación Internacional de Enfermedades (CIE-9-MC)
b) Se define en un campo alfanumérico de 5 posiciones de longitud
c) Es aquel proceso patológico que tras el estudio pertinente y según criterio facultativo, se considera la causa principal del ingreso del paciente en el hospital
d) El diagnóstico principal debe ser un código diagnóstico y no puede ser un código "V"

54.- En el Manual de Acreditación para Hospitales de la Joint Commission (1996), relacionado con la gestión de la información, se plantea una periodicidad en la revisión de Historias Clínicas:

a) Mensual
b) Trimestral
c) Semestral
d) Anual

55.- Señale en relación con la Confidencialidad y Acceso a la Historia Clínica, cuál de las siguientes afirmaciones no es correcta:

a) Un hospital, amparándose en el artículo 1.247 del Código Civil, puede no remitir la Hª Clínica de un paciente (a no ser que éste lo autorice) como prueba documental en un proceso civil
b) En Francia, la Legislación vigente permite el acceso directo de los pacientes a su Hª Clínica para copia, consulta o inspección
c) El acceso a la información por parte de entidades pagadoras requiere la previa autorización de la Dirección del Centro, y lo correcto es entregar un escrito donde se reseñen exclusivamente los servicios prestados y los recursos utilizados
d) Cuando el demandante de la información con fines asistenciales es un facultativo ajeno a la institución, es indispensable la autorización previa del paciente

56.- Durante los últimos años la Joint Commission como Organismo Acreditador ha sufrido una evolución en el entorno de la asistencia sanitaria referido a:

a) Se centra más en la estructura que en los procesos
b) Se centra más en la estructura y procesos que en los resultados
c) Se centra más en los procesos que en la estructura
d) Se centra más en los procesos y resultados que en la estructura

57.- La reingeniería implica el rediseño radical de los procesos. Señale cuál de los siguientes cambios no se produce cuando una compañía rediseña sus procesos:

a) Cambio de unidades de trabajo: De departamentos funcionales a equipos de proceso.
b) Cada trabajador asume tareas muy especializadas dentro de los equipos de proceso con objeto de reducir la variabilidad.
c) El papel del trabajador cambia: De controlado a facultado.
d) La forma de recompensa y medición del rendimiento de los empleados cambia: De actividad a resultados.

58.- En relación a la dinámica de los procesos y a las variables que potencialmente les pueden afectar, es cierto que:

a) El objetivo de la estabilidad del flujo de trabajo se persigue a través de la gestión de la variabilidad.
b) Cuando aparecen causas comúnes o no asignables de variación, el proceso es inestable o no programable.
c) Cuando aparecen causas especiales o asignables de variación, el proceso es estable o programable.
d) Todas las anteriores son ciertas.

59.- La representación gráfica del Diagrama de Flujo emplea un conjunto universal de símbolos. Para representar una fase dentro de un proceso el símbolo utilizado es el:

a) Cuadrado
b) Rectángulo
c) Círculo inscrito en un Cuadrado
d) Triángulo Invertido

60.- Para identificar las causas de reclamaciones, señale qué método sencillo elegiría:

a) Diagrama Causa-Efecto
b) Histograma
c) Diagrama de Dispersión
d) Gráficas de Control

61.- Respecto a la tramitación de quejas y reclamaciones en Osakidetza/Servicio vasco de salud, señalar cuál es la respuesta correcta según la normativa vigente:

a) La resolución de las quejas ha de realizarse sin excepciones por escrito
b) El plazo límite de traslado de las actuaciones al Responsable del Centro por parte del Servicio de Atención al Paciente es de 30 días
c) En casos de especial gravedad, el Servicio de Atención al Paciente dará traslado de las actuaciones habidas a la Inspección de Servicios Sanitarios
d) Si la resolución no fuera satisfactoria, el usuario puede reproducir su queja ante el Director General de Osakidetza

62.- Señale cuál de las siguientes no se corresponde con las denominadas informaciones sobre niveles de calidad de los Servicios Hospitalarios en el mercado, designadas por Juran como "señales de alarma":

a) Quejas y Reclamaciones
b) Sondeo del mercado
c) Grado de actividad de la medicina privada
d) Pérdida indiscriminada de clientes

63.- Señale, respecto a las principales características que diferencian las encuestas de opinión (Patient's ratings) y el informe de los usuarios (Patient's reports) como métodos de medida de la calidad asistencial, la afirmación que no sea correcta:

a) En la encuesta de opinión, y en concreto, en los estudios de satisfacción, se obtienen respuestas subjetivas sobre atención recibida
b) En el informe de usuarios, los aspectos que se miden con más frecuencia son: El componente técnico/La accesibilidad/El trato interpersonal y la continuidad
c) La principal diferencia y ventaja de la encuesta de opinión es la de su operatividad, es decir, que de ella se derivan actuaciones concretas
d) En la encuesta de opinión el método utilizado es la Escala de Valoración (Valoración graduada de aspectos de atención)

64.- En la elaboración del Plan de Salud, recogido explícitamente en la 2ª Resolución relativa a Osasuna Zainduz, aprobado el 23 de Junio de 1993 por el Parlamento Vasco, los criterios utilizados en la selección de los problemas de salud prioritarios han sido los siguientes, excepto uno:

a) Tendencia en la evolución del problema
b) Existencia de intervenciones efectivas para su mejora
c) Posibilidad de evaluar los esfuerzos invertidos
d) Mejoras en el estado de salud

65.- En relación a la organización "Matricial", es falso que:

a) Son equipos de trabajo organizados en torno a demandas específicas.
b) Permiten desarrollar la gestión estratégica.
c) Producen conflictos entre la línea jerárquica y la línea de proyecto.
d) No es adecuada para un entorno " Dinámico y complejo".

66.- La representación legal de un hospital de Osakidetza corresponde:

a) Al Director Gerente.
b) Al Comité de Dirección.
c) Al Director General de Osakidetza.
d) Al Consejo de Administración de Osakidetza.

67.- Si en un Hospital, el núcleo técnico u operativo es la parte fundamental, una de las características es la descentralización vertical y horizontal,y el énfasis de la coordinación se centra en la protocolización, nos encontramos ante una estructura organizativa definida por Mintzberg como:

a) Organización Matricial
b) Burocracia Profesional
c) Adhocracia
d) Burocracia Máquinal

68.- Qué característica de las reseñadas a continuación es común a los siguientes sistemas de medida del "Producto hospitalario" PMC; GRD; CSI (Computarized Severity Index); DS (Disease Staging); y APACHE.

a) Se basan en información disponible a partir de los CMBDs.
b) Son sistemas de clasificación de pacientes.
c) Miden el "Producto Hospitalario" en grupos homogéneos de isoconsumo.
d) a y b son ciertas.

69.- Al definir la posición competitiva de un centro, la estrategia que debemos adoptar ante oportunidades del entorno y una situación interna de debilidad será:

a) Agresiva
b) Adaptativa
c) Ofensiva
d) Selectiva

70.- Indique el procedimiento para calcular el indicador de la actividad hospitalaria que hace referencia a la Presión de Urgencias:

a) Horas de Asistencia en Urgencias / Horas de Asistencia en el Hospital
b) Nº de Urgencias Atendidas / Nº de Facultativos de Guardia
c) Nº de Ingresos por Vía de Urgencias / Nº de Ingresos Totales
d) Nº de Urgencias Atendidas / Periodo de Tiempo determinado

71.- Señale en cuál de los siguientes supuestos pueden el Médico y el Hospital invocar el secreto profesional para no suministrar la Hª Clínica en respuesta a un mandamiento judicial:

a) En un Proceso Civil
b) En un Proceso Contencioso-Administrativo
c) En ninguno de los supuestos puede negarse el suministro de la Hª Clínica ante un mandamiento Judicial
d) a y b

72.- Señale cuál sería el Índice de Extraocupación en un mes de 30 días, en un Hospital con 749 camas, teniendo en cuenta que el Índice de Ocupación fue del 94%, la Presión de Urgencias del 63,50% y el total de estancias correspondientes a enfermos ectópicos de 386.

a) 1,61 %
b) 1,72 %
c) 1,83 %
d) 2,54 %

73.- Señale de entre los siguientes cuál es Indicador de Proceso:

a) Índice de Errores de Archivado
b) Índice de Historias reclamables
c) Índice de Historias fuera del Archivo
d) Todos ellos

74.- Las personas obligadas a garantizar la confidencialidad de la información contenida en la historia clínica son:

a) Sólo los médicos y personal de enfermería que accedan a la misma.
b) Todas las personas que legalmente tengan acceso a la misma.
c) La dirección del centro y todos los trabajadores del hospital.
d) Todas las personas que tengan acceso a ella, siempre que sea por motivos asistenciales.

75.- ¿Cuál de los siguientes requisitos es menos importante para que un Sistema de clasificación de Pacientes sea de utilidad para la gestión clínica?:

a) Asignación informatizada de las diferentes categorías.
b) Significación clínica de las diferentes categorías.
c) Homogeneidad de la severidad dentro de cada categoría.
d) Reproductibilidad de la clasificación.

76.- El DSM (Diagnostic and Statistic Manual) es:

a) Una nomenclatura
b) Un thesaurus
c) Una clasificación
d) Un código multiaxial

77.- La afirmación de que "El balance de los beneficios y daños a la salud" es el núcleo esencial de la definición de "Calidad" en el entorno sanitario, corresponde a:

a) H. Vuori.
b) H. Palmer.
c) P. Drucker.
d) Ninguno de los anteriores.

78.- Dentro de los atributos mencionados en el informe del IOM (Institute of Medicine) sobre las "practice guidelines" (guías de práctica clínica) se encuentran los siguientes excepto uno. Señale cuál es:

a) Flexibilidad clínica
b) Proceso multidisciplinario de desarrollo de las guías
c) Documentación rigurosa sobre procedimientos, participantes y métodos analíticos utilizados
d) Respeto de los principios éticos básicos

79.- ¿Con cuál de los siguientes enunciados asocia Vd. el nombre de L. Cochrane?

a) Uno de los "Teóricos" de la Calidad Total.
b) Una iniciativa para organizar y difundir la evidencia científica.
c) Famoso autor de un libro sobre el concepto de efectividad.
d) a y c son ciertas.

80.- Señale cuál de los requisitos que se formulan a continuación no es correcto en relación a la Bioética Médica entendida como la parte de la Bioética que intenta poner a punto métodos de análisis y procedimientos de resolución de los problemas éticos planteados por las ciencias médico-sanitarias:

a) Debe ser una ética civil o secular
b) Debe ser una ética autónoma
c) Debe ser una ética heterónoma
d) Debe ser una ética racional

81.- ¿Cuál de los siguientes derechos no consta en la Carta de derechos específicos de la mujer como paciente y usuaria del Servicio vasco de salud?:

a) A obtener la información y asesoramiento para la elección de un método anticonceptivo.
b) A estar acompañada por la persona de su confianza durante el parto.
c) A la aplicación de analgesia adecuada durante el parto.
d) A tener a su lado el niño después del parto y durante la estancia en el hospital.

82.- Es cierto en relación al Consentimiento Informado que:

a) La autenticidad de la decisión tomada por un sujeto voluntario, informado y competente, tiene que ver con su escala de valores
b) La Bioética es una disciplina que se introdujo en España en los años 70
c) De todos los factores decisivos en la génesis del Consentimiento Informado en Estados Unidos el de mayor relevancia han sido las decisiones judiciales
d) a y c son ciertas

83.- Señale cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación con los estudios de satisfacción del paciente:

a) El profesor Thompson analizó una gran muestra de pacientes y encontró que las expectativas estaban correlacionadas con la satisfacción, pero sólo explicaban el 8% de la varianza de la satisfacción entre sujetos.
b) J. Ware y col. encontraron una estrecha relación entre las características socio-demográficas de los pacientes y sus valoraciones en las encuestas.
c) La accesibilidad, el trato y el confort de las instalaciones son las dimensiones más importantes de la satisfacción.
d) Todas las anteriores son ciertas.

84.- En un análisis coste-utilidad las unidades de medición son:

a) Pesetas ahorradas.
b) Años de vida ganados.
c) Años de vida ganados ajustados por calidad.
d) Costes de cada una de las unidades producidas por el programa sanitario.

85.- La Dirección Participativa por Objetivos (DPO) es un sistema que surge a partir de:

a) Gantt
b) Drucker
c) Mc Gregor
d) Vuori

86.- Señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta con respecto a la efectividad:

a) Es el efecto producido en la variable a evaluar cuando la intervención es aplicada en condiciones ideales
b) Son numerosos los trabajos publicados en la literatura científica médica que analizan los procedimientos médicos en términos de coste-efectividad
c) La efectividad solamente se diferencia de la eficacia en las unidades de medida
d) Tanto en los análisis de efectividad, como en los de eficacia, se deben describir de forma adicional los efectos no comunes que se producen entre las alternativas que se comparan, ya que en sí mismos solamente comparan los efectos comunes de las alternativas

87.- El estudio "Lalonde" (1974, Canadá) se basó en las conclusiones de G.E.A. Dever, que atribuye diferentes pesos a la influencia de 4 factores sobre la mejora potencial de la salud. Estos 4 factores son: factores biológicos, factores ambientales, estilos de vida y los servicios sanitarios. ¿Qué peso atribuye concretamente al factor "Servicios sanitarios"?:

a) 50 %
b) 33 %
c) 11 %
d) 18 %

88- Señale, siguiendo las Normas Básicas de Codificación según la CIE-9-MC, qué tipo de código tendremos que emplear para codificar a una paciente que ingresa para someterse a una ligadura de trompas (Diagnóstico Principal: Esterilización):

a) Un código de procedimiento
b) Un código "V"
c) Un código "E"
d) Un código "M"

89.- Según se menciona en el artículo 3 del Decreto 303/92, las variables que formaban parte del CMBD en su primera fase de implantación fueron todas las que se señalan, excepto:

a) Código del Centro Hospitalario
b) Lugar de Residencia
c) Régimen Económico
d) Edad

90.- Señale cuál de las siguientes propuestas de conservación de la documentación plantea la O.M.S. en el Informe 80.370:

a) Índice de pacientes, de Enfermedades y de Intervenciones: Indefinidamente
b) Estadísticas Mensuales del Hospital: 1 año
c) Estadísticas Anuales del Hospital: 10 años
d) Historias Clínicas de Urgencias y Consultas Externas: 5 años

91.- Señale cuál de las siguientes aseveraciones no es cierta en relación al "Ciclo evaluativo" inspirado en los trabajos de H. Palmer:

a) La monitorización siempre forma parte del ciclo evaluativo.
b) Puede decirse que el PDCA descrito por Shewhart tiene la misma base conceptual que el ciclo evaluativo.
c) El ciclo evaluativo completo se utiliza cuando no podemos resolver el problema planteado por métodos cualitativos.
d) La gran mayoría de "Herramientas de resolución de problemas" pueden utilizarse en el ciclo evaluativo.

92.- Dentro de las múltiples funciones de los Comités de Ética Asistencial, se encuentran todas las que a continuación se señalan, excepto:

a) Protección de los derechos de los pacientes
b) Elaboración de Protocolos de actuación en aquellos casos en que con frecuencia se presentan conflictos de tipo ético
c) Amparo jurídico directo a los pacientes o al hospital
d) Atención a la formación en bioética del propio Comité y del personal del hospital

93.- Al relacionar la norma ISO-9004 con el modelo Europeo de Calidad Total de la E.F.Q.M. (European Foundation for Quality Management) es cierto que:

a) Ambos otorgan una gran importancia a la satisfacción del cliente.
b) Ambos otorgan una gran importancia al proceso.
c) La ISO-9004 otorga una gran importancia a los resultados del negocio.
d) Todos los enunciados anteriores son ciertos.

94.- Señalar cuál de los siguientes no es un requisito básico para que el consentimiento sea válido y pleno:

a) Voluntariedad.
b) Competencia.
c) Información en cantidad suficiente.
d) Obtención por escrito.

95.- En relación a una encuesta de satisfacción de pacientes o usuarios, cuando hablamos del 'Grado en el cual ese instrumento está libre de error aleatorio', nos referimos a:

a) Validez.
b) Capacidad de discriminación.
c) Reproductibilidad.
d) Ninguna de ellas.

96.- Respecto a los indicadores de actividad asistencial, señale la respuesta correcta:

a) La estancia media de un servicio se define por el cociente entre el número de estancias generadas partido por el número de ingresos desde admisión para ese servicio.
b) El número de ingresos de un hospital es siempre igual o mayor a la suma de los ingresos de cada uno de sus servicios.
c) Si se incrementa el número de pacientes en camas de observación de urgencias (Menos de 48 h.), disminuye la estancia media del hospital.
d) El intervalo de sustitución es directamente proporcional a la estancia media.

97.- Respecto a la Junta Técnico-Sanitaria de los hospitales de Osakidetza/Servicio vasco de salud, señalar cuál de las siguientes respuestas es la correcta:

a) Se constituye como órgano colegiado de participación comunitaria en el hospital.
b) Se constituye en función del tamaño y funciones del hospital.
c) Su presidente es el Director Médico o en su defecto un Jefe de Servicio elegido por el Director Gerente.
d) Su función básica es velar por el cumplimiento del programa de evaluación de la calidad asistencial del centro.

98.- El acuerdo de regulación de condiciones de trabajo del personal al servicio de Osakidetza, incluye en su ámbito de aplicación:

a) A personal estatutario de las instituciones sanitarias.
b) A personal laboral y estatutario excluyendo a los cargos directivos.
c) A todos los trabajadores de las instituciones sanitarias que presten servicios en régimen laboral, funcionarial o estatutario.
d) Al personal laboral y estatutario de las instituciones sanitarias, excluyendo a los cargos directivos y a los médicos residentes.

99.- Cuando el manual de acreditación de hospitales de la Joint Commission de 1996 habla de "Hacer lo correcto", ¿a qué dimensión de la calidad se está refiriendo?

a) Accesibilidad.
b) Eficiencia.
c) Adecuación.
d) Disponibilidad.

100.- Según la bibliografía, señale entre las siguientes posibilidades, qué porcentaje de intervenciones médicas están apoyadas por evidencia científica fiable:

a) 50 %
b) 30 %
c) 15 %
d) 10 %

PREGUNTAS DE RESERVA

101.- Los Círculos de Calidad, que persiguen como objetivo último la obtención de mejoras en el seno de la empresa, fueron desarrollados en 1962 por:

a) Kaouru Ishikawa
b) Taïichi Ohno
c) Massaki Imai
d) Genichi Taguchi

102.- En la planificación de un Archivo clínico centralizado, para conseguir un fluído funcionamiento de dicho Archivo, se recomienda:

a) 1 persona por cada 100 movimientos diarios de Historias Clínicas
b) 1 persona por cada 150 movimientos diarios de Historias Clínicas
c) 1 persona por cada 200 movimientos diarios de Historias Clínicas
d) 1 persona por cada 250 movimientos diarios de Historias Clínicas

103.- Señale cuál de los siguientes planteamientos es cierto:

a) El manual de acreditación para hospitales de la Joint Commission de 1996, apenas menciona la palabra "Calidad".
b) Una de las definiciones que incorpora este manual en relación a la mejora de calidad es: "Hacer bien lo correcto".
c) a y b son ciertas.
d) Ninguno de los planteamientos anteriores es correcto.

104.- Con cuál de las siguientes expresiones se calcula el índice de retención:

a) (Altas voluntarias / Altas totales) x 100.
b) (Altas médicas / Altas totales) x 100.
c) (Nº ingresos judiciales / Ingresos totales) x 100.
d) (Estancia media / Índice de rotación) x 100.

105.- Señale cuál de las siguientes características no se corresponde con uno de los principios fundamentales de la Bioética , el Principio de "No Maleficencia":

a) Es un principio absoluto
b) Está relacionado con el Consentimiento Informado
c) Depende sólo de la voluntad de quién ejecuta la acción
d) Está incluido dentro de la conocida "Ética de Mínimos"

106.- Dentro de las Herramientas/Metodologías que están incluidas en la Ingeniería de Calidad, al hablar de un proceso estructurado y disciplinado que proporciona un medio para identificar y trasladar la voz del cliente y convertirla en requisitos del producto, a través de cada etapa del desarrollo de un producto o servicio, con participación de todos las funciones de la empresa que intervienen en el mismo, nos referimos a :

a) QFD (Despliegue de la Función de Calidad)
b) Análisis del Valor
c) Técnica RAM (Fiabilidad/Mantenibilidad/Disponibilidad)
d) AMFEC (Análisis Modal de Fallos y Efectos y su Criticidad)

107.- Señale que datos de entre los siguientes no se encuentra entre las que plantea la Joint Commission para la revisión de las Historias Clínicas:

a) Informes de Consulta
b) Resumen de las necesidades psicosociales del paciente
c) Datos de Identificación
d) Todos ellos se encuentran incluidos

108.- El Manual de Acreditación para hospitales elaborado por la Joint Commission desarrolla un apartado correspondiente a las "Funciones centradas en el Paciente", entre las cuales se encuentran todas las siguientes excepto una:

a) Evaluación de los pacientes
b) Educación
c) Calidad percibida por los pacientes
d) Continuidad de la asistencia

109.- Una información útil para los Servicios Clínicos es la evaluación de las revistas científicas del mercado, para lo cual se puede utilizar:

a) El Índice de Platz
b) La ley de Lokta
c) El factor de Impacto
d) La ley de Bradford

110.- La teoría sobre la gestión visual , que destaca la importancia de la disponibilidad de la información necesaria para cada persona en su puesto de trabajo, es una aportación de:

a) Taiichi Ohno
b) Massaki Imai
c) Genichi Taguchi
d) Kiyoshi Susaki

RESPUESTAS CORRECTAS AL CUESTIONARIO

1.- A; 2.- A; 3.- D; 4.- A; 5.- C; 6.- D; 7.- C; 8.- C; 9.- B; 10.- C; 11.- A; 12.- A; 13.- C; 14.- A; 15.- A; 16.- D; 17.- D; 18.- D; 19.- C; 20.- C; 21.- A; 22.- D; 23.- C; 24.- C; 25.- D; 26.- D; 27.- B; 28.- B; 29.- A; 30.- D; 31.- C; 32.- A; 33.- D; 34.- D; 35.- C; 36.- C; 37.- C; 38.- B; 39.- C; 40.- C; 41.- B; 42.- B; 43.- D; 44.- D; 45.- D; 46.- D; 47.- A; 48.- A; 49.- D; 50.- C; 51.- D; 52.- C; 53.- D; 54.- B; 55.- B; 56.- D; 57.- B; 58.- A; 59.- B; 60.- A; 61.- C; 62.- B; 63.- C; 64.- D; 65.- D; 66.- C; 67.- B; 68.- B; 69.- B; 70.- C; 71.- D; 72.- B; 73.- A; 74.- B; 75.- C; 76.- D; 77.- D; 78.- D; 79.- B; 80.- C; 81.- C; 82.- D; 83.- A; 84.- C; 85.- B; 86.- D; 87.- C; 88.- B; 89.- D; 90.- A; 91.- A; 92.- C; 93.- B; 94.- D; 95.- C; 96.- D; 97.- D; 98.- C; 99.- C; 100.- C; 101.- A; 102.- A; 103.- C; 104.- B; 105.- B; 106.- A; 107.- B; 108.- C; 109.-D;110.-D.

PAPELES DE INFORMACIÓN II

INTRODUCCION A LA DOCUMENTACION DE LA UNION EUROPEA

Miguel Oppenheimer Salinas

Responsable del Servicio de Documentación de la Representación de la Comisión Europea en España.

Resumen: El artículo pretende ser una introducción a la documentación generada por las instituciones de la Unión Europea enfocada hacia un lector neófito en la materia. Tras un resumen de la historia del proceso de integración europea se analizan las principales características de las instituciones de la Unión y de los actos jurídicos que de ellas emanan. A continuación se relacionan los documentos y bases de datos fundamentales para concluir con una explicación de las redes de información europea en España.

Summary: The article is an introduction to the documentation produced by the European Union institutions, adressed to a non-specialist reader. After a review of the history of the Union, the article analyzes the principal characteristics of its institutions and legal acts. It follows by describing the most important documents and data bases and it ends whith an explanation of the sources of Community information in Spain.

Palabras clave: Documentación. Unión Europea. Legislación Comunitaria. Bases de datos comunitarias.

Correspondencia:
Miguel Oppenheimer Salinas
Responsable del Servicio de Documentación
de la Representación de la Comisión Europea en España.
P.º de la Castellana, 46 - 28046 Madrid.
E-mail: Miguel.OPPENHEIMER @ ESPANA.DG 10-BUR.CEC.BE.

Desde el 1 de enero de 1986, fecha de la incorporación de España a la entonces Comunidad Europea, cada día son más los ciudadanos que tanto por interés personal como por motivos profesionales necesitan conocer la documentación generada por las instituciones de la Unión Europea. Este artículo pretende informar al lector sobre cuáles son las principales publicaciones y bases de datos comunitarias y al mismo tiempo ofrecerle direcciones donde puedo consultarlas u obtenerlas.

1. Historia de la Unión Europea

El punto de partida de la Comunidad Europea fue la declaración que el 9 de mayo de 1950 realizó el entonces ministro francés de Asuntos Exteriores Robert Schuman, ante la Asamblea de la República Francesa, en la cual proponía "colocar la totalidad de la producción franco-alemana de carbón y de acero bajo una alta autoridad común en el marco de una organización abierta a la colaboración de los demás Estados de Europea". El plan Schuman se hizo realidad con la firma en París, el 18 de abril de 1951, del *Tratado de la Comunidad Europea del Carbón y del Acero (CECA)* por parte de 6 países: *Bélgica, República Federal de Alemania, Francia, Italia, Luxemburgo* y los *Países Bajos* y con su entrada en vigor el 23 de julio de 1952. La CECA pretendía asegurar el abastecimiento de los mercados del carbón y del acero, regular los precios de estos productos, mejorar las condiciones de vida y de trabajo de los trabajadores del sector, fomentar el comercio y la inversión, así como realizar las adaptaciones estructurales necesarias en la industria siderúrgica.

Los seis Estados fundadores de la CECA decidieron profundizar su política de cooperación y firmaron en Roma en marzo de 1957 el *Tratado de la Comunidad Europea de la Energía Atómica (CEEA o EURATOM)* y el *Tratado de la Comunidad Económica Europea (CEE)*, en vigor desde el 1 de enero de 1958. A partir de esa fecha se utilizó el término las *Comunidades Europeas* o genéricamente la *Comunidad Europea* para referirse a la CECA, la CEE y la CEEA. La CEEA comportaba la realización de tareas comunes en la investigación y aprovechamiento de la energía nuclear y en especial el fomento de la constitución y desarrollo de industrias nucleares en los Estados miembros. Por su parte la CEE iba más allá del planteamiento sectorial de las otras dos Comunidades en cuanto que pretendía agrupar a los Estados miembros bajo una comunidad en todos los ámbitos económicos. En concreto cuestiones tan esenciales como por ejemplo la libre circulación de mercancías y de trabajadores, el derecho de establecimiento, la libre prestación de servicios, la libre circulación de capitales y de pagos, la política de competencia, la política económica y monetaria, la política agrícola, la política de transportes, la política de protección del medio ambiente, la política de I+D, o la política industrial.

El 1 de enero de 1973 otros tres países: *Dinamarca, Irlanda y el Reino Unido* se incoporaron a la Comunidad Europea tras haber firmado en julio de 1972 sus tratados de adhesión.

Nuevamente, el 1 de enero de 1981, la CE amplió el número de sus miembros al incorporase un décimo país: *Grecia*

Como bien sabemos el ingreso de *España* y *Portugal* se produjo el 1 de enero de 1986 cumpliendo así lo acordado en los Tratados de Adhesión firmados el 12 de junio de 1985.

Un nuevo hito en la historia de la Comunidad Europea se produjo el 1 de julio de 1987 con la entrada en vigor del *Acta Única Europea (AUE)*, firmada el 28 de febrero de 1986. El Acta Única supuso diversas modificaciones y adiciones a los tres tratados fundacionales con el objeto de lograr la consecución de un mercado interior europeo así como el reforzamiento de la cooperación en materia de medio ambiente y de investigación y desarrollo tecnológico. También implicó un refuerzo a la cooperación en materia de política exterior.

El día 7 de febrero de 1992, en Maastricht, se firmó el *Tratado de la Unión Europea (TUE)*. El TUE entró en vigor el 1 de noviembre de 1993 con el objetivo de reforzar el ámbito de la política económica y monetaria y lograr la creación de una Unión Económica y Monetaria con una divisa única europea, posteriormente denominada Euro, como muy tarde en 1999. El TUE pretende también la consecución de una Unión Política y supone el reforzamiento de las competencias del Parlamento Europeo, la creación de la figura del Defensor del Pueblo europeo, el desarrollo de una política exterior y de seguridad común (PESC) y la cooperación en materia de asuntos de interior y de justicia (CJI). El TUE implica también diversos cambios en la terminología comunitaria: A partir de su entrada en vigor debemos hablar ya de la Unión Europea y no de la Comunidad Europea, pero al mismo tiempo la antigua Comunidad Económica Europea (CEE) cambia de nombre y pasa a denominarse simplemente Comunidad Europea (CE). Por lo tanto cuando en algún texto encontremos una referencia a la Comunidad Europea o CE deberemos tener muy en cuenta si se trata de un texto anterior o posterior al 1 de noviembre de 1993. Si es anterior se referirá genéricamente al conjunto de las tres Comunidades (CECA, CEE y CEEA) y si es posterior únicamente a la antigua CEE, actualmente denominada CE. El Tratado de la Unión Europea implica también cambios en la denominación de las instituciones comunitarias que analizaremos al referirnos a éstas.

Hasta el 1 de noviembre de 1993		Desde el 1 de noviembre de 1993	
	CECA+		CECA+
CE =	CEE+	UE =	CE+
	CEEA o EURATOM		CEEA o EURATOM

El 1 de enero de 1995 se produce la hasta hoy última ampliación de la Unión Europea con la incorporación de tres nuevos socios: *Austria, Finlandia y Suecia*. Noruega que en un principio, y al igual que los otros tres países, firmó su tratado de adhesión en 1994, finalmente, y como ya sucediera en 1972, rechazó su incorporación tras convocar un referéndum al respecto.

Por último y para concluir este breve repaso a los acontecimientos más significativos de la historia de la Unión Europea hay que mencionar la *Conferencia Intergubernamental (CIG)* que desde el 29 de marzo de 1996 está preparando la reforma del Tratado de la Unión Europea. Se pretende con ello establecer las bases que permitan a la Unión hacer frente a los retos que se plantean en un futuro inmediato: acercar la UE a los ciudadanos profundizando en la democratización y la simplificación de los procedimientos comunitarios, preparar las estructuras institucionales de la Unión para las futuras adhesiones de nuevos Estados y reforzar la política exterior y de seguridad común, entre otros temas que puedan surgir a lo largo de la CIG. Una vez concluida la conferencia, probablemente en julio de 1997, la propuesta de reforma deberá ser aprobabada por los jefes de gobierno y sometida a los procedimientos nacionales de ratificación.

2. Las instituciones de la Unión

El *Consejo de la Unión Europea*, comúnmente conocido como el Consejo de Ministros, es el órgano en el que los Estados miembros legislan para la Unión, establecen sus objetivos políticos, coordinan sus políticas nacionales y resuelven las diferencias existentes entre ellos y con otras instituciones. La denominación actual del Consejo fue establecida en el Tratado de la Unión Europea; anteriormente el Consejo se denominaba Consejo de las Comunidades Europeas.

Se trata de un cuerpo con las características de una organización tanto supranacional como intergubernamental, que decide en algunos asuntos por mayoría cualificada y en otros por unanimidad. En las reuniones del Consejo participan representantes de los 15 Estados miembros, normalmente ministros.

Hoy en día se celebran periódicamente reuniones del Consejo sobre más de veinticinco temas; los Consejos de Asuntos Generales en los cuales participan los ministros de Asuntos Exteriores, y los Consejos de Economía y Hacienda y Agricultura se reúnen una vez al mes, otros, como los de Transporte, Medio Ambiente e Industria, de dos a cuatro veces al año. En 1994, el Consejo celebró alrededor de cien sesiones ministeriales formales durante las cuales adoptó unos 300 Reglamentos, 50 Directivas y 160 Decisiones.

La Presidencia del Consejo cambia entre los Estados miembros cada seis meses: de enero a junio y de julio a diciembre. La Presidencia debe organizar y presidir todas las reuniones, elaborar compromisos aceptables, encontrar soluciones a los problemas expuestas ante el Consejo y buscar coherencia y continuidad en la toma de decisiones.

Desde 1974, los jefes de Estado o de gobierno se reúnen por lo menos dos veces al año en un *Consejo Europeo*. Entre los miembros participantes también se encuentra el Presidente de la Comisión Europea. El Consejo Europeo se ha convertido en un elemento de creciente importancia en la Unión, y en él se establecen las prioridades políticas, se da impulso al desarrollo de la integración europea y se resuelven contenciosos difíciles que no han sido resueltos en Consejo de Ministros.

La *Comisión de las Comunidades Europeas* o Comisión Europea es el auténtico núcleo de la integración europea, del que otras instituciones obtienen gran parte de su fuerza y objetivos.

La Comisión funciona esencialmente gracias a los veinte comisarios y quince mil funcionarios que la componen. Los veinte miembros de la Comisión o comisarios son los responsables de su liderazgo político y dirección. Alemania, España (Manuel Marín y Marcelino Oreja), Francia, Italia y el Reino Unido nombran dos comisarios cada uno, los diez países restantes uno cada uno. Los comisarios están obligados a ser independientes de los gobiernos de sus países y a actuar sólo en interés de la Unión Europea. La Comisión se divide en veinticuatro direcciones generales (DG) y quince servicios especializados. Cada DG está encabezada por un director general, que depende de un comisario en el que recae la responsabilidad política y de actuación de la DG. En la actualidad el luxemburgués Jacques Santer ostenta la presidencia de la Comisión.

En la descripción clásica del papel de la Comisión se señalan tres funciones diferentes: presentar las propuestas de legislación, velar por la aplicación de los Tratados, y gestionar y ejecutar las políticas de la Unión y las relaciones comerciales internacionales.

El proceso legislativo comienza por lo tanto con una propuesta de la Comisión. Al realizar sus propuestas la Comisión tiene en cuenta tres criterios fundamentales: defender los intereses europeos, consultar a los gobiernos, industria, sindicatos, grupos de interés especial y expertos técnicos, y tener en cuenta el principio de subsidiariedad por el cual la Unión sólo actúa cuando el resultado va a ser más efectivo que si delegase en la acción individual de los Estados miembros. La Comisión no tiene un derecho exclusivo de iniciativa en dos áreas que el Tratado de la Unión Europea reservó para la cooperación intergubernamental: la política exterior y de seguridad común y la cooperación en los ámbitos de justicia y de los asuntos de interior.

Es competencia de la Comisión asegurarse de que los Estados miembros aplican correctamente la legislación de la Unión. Si estos incumplen sus obligaciones la Comisión puede iniciar procedimientos legales ante el Tribunal de Justicia.

La Comisión gestiona el presupuesto anual de la Unión (86.000 millones de Ecus en 1996).

El *Parlamento Europeo*, elegido por sufragio universal directo, representa a 370 millones de ciudadanos de la Unión y sus objetivos básicos son aprobar leyes y controlar el poder ejecutivo. Sus responsabilidades se han ido ampliando gradualmente. Los poderes más importantes del Parlamento se dividen en tres categorías: poder legislativo, poder sobre el presupuesto y control del ejecutivo.

En un principio el Tratado de Roma de 1957 concedió al Parlamento sólo una función de consulta. Posteriores Tratados han permitido al Parlamento codecidir con el Consejo en determinadas cuestiones.

El Parlamento Europeo aprueba cada año el presupuesto de la Unión, controla su ejecución y realiza una evaluación anual de la gestión del presupuesto por parte de la Comisión.

Es el Parlamento Europeo quien cada cinco años nombra al Presidente y los miembros de la Comisión. Sus diputados pueden presentar preguntas escritas u orales a la Comisión y pueden presentar una moción de censura contra la Comisión y obligarla a dimitir.

Está formado por 626 diputados elegidos cada cinco años. A España le corresponde elegir a 64 eurodiputados.

La misión del *Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas* consiste en garantizar el respeto del Derecho en la inter-

pretación y la aplicación de los Tratados, así como en todas las actividades de la Unión Europea.

Está compuesto por quince jueces y nueve abogados generales, nombrados de común acuerdo por los Estados miembros por un período de seis años renovables.

En general pueden plantearse ante el Tribunal de Justicia dos clases de asuntos: recursos directos interpuestos por la Comisión, otras instituciones comunitarias o por un Estado miembro, y cuestiones prejudiciales planteadas por los órganos jurisdiccionales de los Estados miembros que necesitan una decisión sobre una cuestión de Derecho comunitario.

Desde el 1 de septiembre de 1989 existe también un Tribunal de Primera Instancia competente en materia de recursos interpuestos por particulares y empresas también compuesto por quince jueces pero sin la ayuda de abogados generales.

El *Tribunal de Cuentas de las Comunidades Europeas* es el representante de los contribuyentes, encargado de comprobar que la Unión Europea invierte su dinero siguiendo las normas presupuestarias y los objetivos previstos.

El papel del *Comité Económico y Social* es puramente consultivo, y sus dictámenes proceden de representantes de los diversos sectores de la vida económica y social de la Unión.

Los 222 miembros del Comité, de los cuales 21 son españoles, provienen de sectores muy diversos de la sociedad civil. Algunos representan a los empresarios y a los trabajadores, (los "interlocutores sociales"), mientras que otros se dedican a actividades diversas como la protección del consumidor o la protección del medio ambiente. Los Tratados obligan a la Comisión y al Consejo a solicitar el dictamen del Comité sobre ciertos aspectos legislativos, mientras que en otros casos la consulta es optativa.

Por su parte el *Comité de las Regiones*, en funciones desde marzo de 1994, es el órgano más joven de la UE. Su nacimiento refleja el deseo de hacer participar a las autoridades locales y regionales en el desarrollo y ejecución de las políticas de la Unión. Está integrado por 222 miembros, 21 de ellos españoles, la mayor parte presidentes regionales, alcaldes o gobernadores provinciales. El Tratado de la UE establece que se le debe consultar en asuntos relacionados con las redes transeuropeas, la salud pública, la educación, la juventud, la cultura y la cohesión económica y social.

3. Los actos jurídicos de las instituciones

Se llama Derecho comunitario derivado al creado por las instituciones comunitarias a partir de los Tratados y principalmente se articula a través de tres tipos de actos jurídicos: reglamentos, directivas y decisiones.

Los *reglamentos* son de alcance general, es decir que afectan por igual a todos los Estados y ciudadanos de los países de la UE. Son directamente aplicables, lo cual significa que establecen el Derecho mismo sin necesidad de una normativa especial de aplicación a nivel nacional. El artículo 191 del Tratado CE tal y como fue modificado por el TUE establece que los reglamentos se publicarán en el Diario Oficial de la Comunidad y entrarán en vigor en la fecha que ellos mismos fijen o a falta de ella, a los veinte días de su publicación. Se codifican mediante un número correlativo y a continuación el año de su publicación en dos dígitos (p.ej. el reglamento 2062/94, de 18 de julio de 1994, por el que se crea la Agencia europea para la seguridad y la salud en el trabajo).

Las *directivas* intentan enlazar la necesaria unidad del Derecho comunitario con el mantenimiento de la variedad de las peculiaridades nacionales. Por lo tanto las directivas no son directamente aplicables sino que establecen unos objetivos vinculantes para los Estados destinatarios los cuales posteriormente y en el plazo previsto, deben adecuar su legislación interna. Las directivas tienen un alcance particular, es decir van destinadas a uno, varios o todos los Estados miembros pero no afectan directamente a todos los ciudadanos de la Unión. El artículo 191 del Tratado CE establece que las directivas que tengan como destinatarios a todos los Estados miembros se publicarán en el Diario Oficial de la Comunidad y entrarán en vigor en la fecha que ellas mismas fijen o, a falta de ella a los veinte días de su publicación. Las demás directivas se notificarán a sus destinatarios y surtirán efecto a partir de tal notificación(*). Las directivas se codifican mediante el año de su publicación en dos dígitos y a continuación un número correlativo (p.ej. la directiva 93/16, de 5 de abril de 1993, destinada a facilitar la libre circulación de médicos y el reconocimiento mutuo de sus diplomas, certificados y otros títulos).

Las *decisiones* tienen un alcance individual, es decir que se dirigen a un destinatario concreto, ya sea una persona, un grupo de personas, una empresa o un Estado. Al igual que los Reglamentos son directamente aplicables. Las Decisiones surten efecto a partir de su notificación al destinatario. No es por lo tanto imprescindible su publicación en el Diario Oficial (**) . Las decisiones se codifican al igual que las directivas mediante el año de su publicación en dos dígitos y a continuación un número correlativo (p.ej. la decisión 74/325, de 27 de junio de 1974 , relativa a la creación de un Comité Consultivo para la seguridad, la higiene y la protección de la salud en el centro de trabajo).

4. Documentación impresa

A lo largo de los más de 40 años de desarrollo del proceso de integración europea las instituciones comunitarias han producido una enorme cantidad de publicaciones. La inmensa mayoría, a razón de más de mil títulos por año, son editadas por la *Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas (OPOCE)* también conocida por sus siglas comerciales *EUR-OP*. La OPOCE, cuya sede se encuentra en Luxemburgo, edita en las once lenguas oficiales de la Unión Europea tanto publicaciones gratuitas como de pago. En capítulo 4.6 indicamos donde pueden obtenerse.

Existen dos catálogos de gran utilidad a la hora de conocer la documentación comunitaria. Por una parte la guía *La Unión Europea Editor*[1], publicación anual que constituye un extracto de los catálogos de publicaciones de EUR-OP en la cual se recogen las monografías y publicaciones periódicas principales y de mayor interés, y por otra *Publicaciones*[2] catálogo mucho más extenso que el anterior, editado anualmente, y que en su última edición recoge las monografías publicadas por las instituciones comunitarias durante el período 1985-1995, así como las publicaciones periódicas en curso.

4.1. Publicaciones de base

Nos referimos en este punto a aquellas publicaciones que recogen las normas comunitarias de base, es decir, los textos de los diferentes tratados constitutivos y posteriores adhesiones, así como el derecho derivado. Asimismo se incluye la jurisprudencia del Tribunal de Justicia y los acuerdos firmados por la Unión Europea con países terceros.

(*) Excepto las directivas adoptadas con arreglo al procedimiento previsto en el artículo 189 B las cuales necesariamente se publicarán en el Diario Oficial y entrarán en vigor en la fecha que ellas mismas fijen o, a falta de ella, a los veinte días de su publicación tengan o no como destinatarios a todos los Estados miembros.

(**) Excepto las decisiones adoptadas de acuerdo con el artículo 189 B las cuales se publicarán en el Diario Oficial y entrarán en vigor en la fecha que ellas mismas fijen o, a falta de ella, a los veinte días de su publicación.

Todos los ciudadanos de la UE tienen derecho a conocer las publicaciones de base en su lengua, razón por la cual se publican obligatoriamente en los once idiomas oficiales de la UE: alemán, danés, español, finlandés, francés, griego, inglés, italiano, neerlandés, portugués y sueco(*).

Los textos de los tratados de la CECA, la CE, la CEEA, así como del TUE y los textos de las sucesivas adhesiones han sido recopilados en dos tomos con el título de *Unión Europea. Recopilación de los Tratados*[3]. El primer tomo contiene los textos vigentes en la actualidad recogiendo los tres Tratados constitutivos tal y como fueron modificados por el TUE. El segundo tomo recoge la colección completa de los Tratados básicos en su versión original sin las modificaciones posteriores, e incluye también los actos relativos a las sucesivas adhesiones.

El derecho derivado, como indicamos en el punto 3, se publica en el *Diario Oficial de las Comunidades Europeas* o *DOCE*[4]. El *DOCE* aparece diariamente 5 veces por semana de lunes a viernes. Desde el 1 de enero de 1968 cuenta con tres series diferenciadas: *Legislación(L), Comunicaciones e Informaciones(C)* y *Suplemento(S)*.

Lógicamente es en la serie L donde encontraremos el derecho derivado (reglamentos, directivas o decisiones) así como los acuerdos con países terceros y otros actos jurídicos menos frecuentes. Aquí encontraremos por lo tanto la decisión 646/96, de 29 de marzo de 1996, por la que se adopta un plan de acción de lucha contra el cáncer en el marco de la acción en el ámbito de la salud pública (1996-2000), publicada en el DOCE L 95, de 16 de abril de 1996.

La serie C es utilizada por las instituciones para difundir cualquier tipo de información que pueda ser de interés para el ciudadano: el valor del ECU respecto de las monedas europeas y otras monedas como el dólar estadounidense o el yen, nombramientos de altos cargos en las instituciones comunitarias como por ejemplo el presidente del Tribunal de Justicia, o convocatorias de oposiciones para reclutar personal en las instituciones comunitarias. También aparecen en la serie C, a título informativo, los actos jurídicos preparatorios, es decir las propuestas de la Comisión Europea y los informes o dictámenes que sobre ellas emiten el Parlamento Europeo, el Comité Económico y Social y el Comité de las Regiones. No obstante tanto las propuestas de la Comisión como los demás dictámenes cuentan con otras publicaciones donde aparecen publicadas oficialmente. Por último es también en la serie C donde encontraremos convocatorias para presentar proyectos de participación en programas comunitarios. Así por ejemplo, en el *DOCE* C 108, de 16 de abril de 1994, encontramos la convocatoria de propuestas en el marco del programa "Europa contra el SIDA".

La serie S se destina exclusivamente a la publicación de contratos públicos de obra y de suministro. La legislación comunitaria exige a las administraciones públicas tanto nacionales como regionales y locales que publiquen en la serie S del *DOCE* los contratos públicos de obra por importe superior a 5 millones de ECUS y los contratos de suministro por importe superior a 200.000 ECUS. También deben publicarse contratos dentro del marco del acuerdo del GATT, cuando superen los 128 771 ECUS, y contratos financiados por la Unión Europea en países terceros. De este modo se pretende que las empresas de los quince países puedan informarse y competir en igualdad de condiciones. Así por ejemplo el Instituto Nacional de la Salud publicó en el *DOCE* S 238 de 13 de diciembre de 1995 una licitación para adquirir 5 equipos de resonancia magnética.

Los tres series del *DOCE* se numeran correlativamente a comienzos de año. Es decir el 3 de enero de 1996(los días 1 y 2 eran festivos) se publicaron el *DOCE* L1, el *DOCE* C1 y el *DOCE* S1, el 4 de enero se publicaron el L2, C2 y S2, etc. No obstante en algunas ocasiones pueden publicarse varios ejemplares de una misma serie en una misma fecha (suele suceder el 31 de diciembre de cada año).Por ejemplo el 30 de diciembre de 1995 aparecieron los Diarios Oficiales L319, L320, L321, L322, C356, C357, S249 y S250 entre otros. Por lo tanto a la hora de localizar un DOCE o bien de citar la referencia de publicación en el *DOCE* de algún texto, deberemos tener en cuenta la serie, el número de orden y el año.

Si a la hora de buscar un *DOCE* citamos únicamente el número p.ej. *DOCE* 250 de 1995, no podemos saber si se trata del *DOCE* L250, C250 o S250.

Si citamos únicamente la serie y el número p.ej. *DOCE* L 250, no sabemos si se trata del L 250 de 1980 o de 1994.

Si citamos únicamente la serie y la fecha p.ej. *DOCE* L de 30 de diciembre de 1995 es posible que en esa misma fecha y dentro de la misma serie existan diversos números.

El Diario Oficial cuenta también con un Anexo en el cual es posible localizar el acta literal de las intervenciones de los parlamentarios en el Parlamento Europeo.

Comentamos antes que todas las publicaciones de base se editan en las once lenguas oficiales y por lo tanto en español. Lógicamente esto es así desde el 1 de enero de 1986 fecha de la adhesión de España a la CE. Por lo tanto el Diario Oficial de las Comunidades Europeas solo existe en español desde entonces. Para permitir que los ciudadanos españoles dispusieran de la legislación anterior en español, se llevó a cabo la *Edición Especial del Derecho Derivado*[5].La Edición Especial recoge toda la legislación comunitaria en vigor a 31 de diciembre de 1985. Abarca un total de 152 volúmenes. Los volúmenes no mantienen un orden cronológico de 1952 a 1985 sino que han sido estructurados en 18 grandes temas. Por ejemplo, los interesados en conocer la legislación en materia de política social deberán consultar únicamente los volúmenes correspondientes al tema 05 (libre circulación de trabajadores y política social), donde encontrarán la legislación en vigor a 31 de diciembre de 1985. Para conocer la legislación adoptada con posterioridad deberán consultar los Diarios Oficiales de la serie L publicados desde el 1 de enero de 1986 hasta la actualidad. La Edición Especial en español se realizó únicamente en el momento de la adhesión de España y no se publicará ninguna posteriormente. Del mismo modo cuando se han incorporado nuevos países, se han llevado a cabo Ediciones Especiales en sus lenguas respectivas como por ejemplo la Edición Especial en finlandés que abarca toda la legislación en vigor el 31 de diciembre de 1994.

Si consideramos los 152 volúmenes que comprende la Edición Especial y la multitud de Diarios Oficiales de la serie C publicados entre 1986 y la actualidad es evidente que necesitamos herramientas que nos faciliten la búsqueda entre tal cantidad de información.

Los *DOCE* contienen índices mensuales y anuales. Pueden ser de utilidad para localizar algún texto concreto del cual conozcamos la fecha aproximada de publicación.

Mucho más útil, y absolutamente fundamental para trabajar asiduamente con la documentación legislativa comunitaria, resulta el *Repertorio de la legislación comunitaria vigente*[6]. Esta obra se publica dos veces al año, una edición en junio y otra en diciembre. Cada nueva edición reemplaza y sustituye a la anterior. El Repertorio ofrece una recopilación de toda la legislación comunitaria en vigor a la fecha de su publicación. Evidentemente facilita solo referencias al Diario Oficial o al volumen de la Edición Especial donde se encuentra publicado el texto legislativo en español, pero no incluye el texto íntegro del

---

(*) Se consideran lenguas oficiales aquellas que abarcan todo el territorio de un Estado. La Representación de la Comisión europea en España ha realizado traducciones al catalán de los Tratados y otras publicaciones de interés.

mismo. La información está estructurada en veinte grandes capítulos (p.ej. 03 Agricultura, 20 Europa de los Ciudadanos), los cuales se subdividen decimalmente (p.ej. 20.20 Ciudadanía europea). Dispone también de un segundo tomo que contiene un índice cronológico y otro alfabético. El índice cronológico permite localizar referencias de legislación de las cuales se conozca el número (p.ej directiva 82/890 o reglamento 284/92) pero no su temática.

En muchas ocasiones resulta interesante conocer los actos jurídicos preparatorios, es decir las propuestas legislativas de la Comisión y los informes o dictámenes del Parlamento Europeo o de otros organismos comunitarios sobre ellas.

Las propuestas de la Comisión aparecen publicadas en forma de documentos COM. Los *Documentos COM*[8], o documentos de la Comisión, que incluyen no solo propuestas legislativas sino también informes de la Comisión sobre temas diversos. Anualmente aparecen más de mil documentos COM. En el momento de publicarse reciben un código que consiste en las siglas COM, seguidas entre parentesis del año de su publicación y por último una numeración correlativa que se inicia cada año. Así, por ejemplo, la propuesta de decisión por la que se adopta un programa de acción comunitaria para la prevención de la toxicomanía en el ámbito de la acción en materia de salud pública apareció publicada como documento COM(94)223.

Los informes o dictámenes del Parlamento Europeo sobre las propuestas de la Comisión se recogen en los *Documentos de Sesión del Parlamento Europeo. Serie A*[9] .Los Documentos de Sesión del PE se subdividen en otras dos series más B y C que incluyen otro tipo de documentos parlamentarios como propuestas de resolución, preguntas orales o peticiones. La numeración de los Documentos de Sesión consta de la serie, el número de la legislatura (actualmente estamos en la cuarta que abarca de julio 1994 a junio 1999), un número de orden y por último el año de su publicación (p.ej. A4-0130/95).

El *Comité Económico y Social* publica también sus *dictámenes e informes*[9]. Estos se numeran con las siglas CES y a continuación un número de orden y el año de publicación. Por ejemplo el dictamen del CES sobre el documento COM(94)223 que anteriormente citábamos fue publicado con el código CES(95)186.

Como ya quedó expuesto anteriormente los actos jurídicos preparatorios, tanto de la Comisión como de las demás instituciones y organismos, también se publican, a título informativo, en la Serie C del DOCE.

La jurisprudencia comunitaria se recoge íntegramente en la *Recopilación de la Jurisprudencia del Tribunal de Justicia y del Tribunal de Primera Instancia*[10]. Incluye un índice cronológico anual. El Servicio de información del Tribunal de Justicia elabora también las *Actividades del Tribunal de Justicia y del Tribunal de Primera Instancia de las Comunidades Europeas*[11], publicación semanal que resume las sentencias emitidas durante ese período y que aparece con gran antelación respecto de la *Recopilación de Jurisprudencia*.

4.2 Publicaciones divulgativas e informativas

En este punto incluimos publicaciones de carácter divulgativo general sobre las actividades comunitarias, útiles para conocer los principios básicos de los principales políticas y actividades.

El *Boletín de la Unión Europea*[12] se publica mensualmente y recopila información sucinta de los hechos más destacables sucedidos durante ese período.

En el primer trimestre de cada año la OPOCE publica el *Informe general sobre las actividades de la Unión Europea*[13]. Este informe, elaborado por la Comisión Europea, pasa revista a toda la política comunitaria del año anterior incluyendo también cifras y cuadros estadísticos de gran interés.

Igualmente se publican informes anuales sectoriales como el *Informe sobre la situación de la agricultura*[14] o el *Informe sobre la política de competencia*[15].

Los folletos de la serie *Europa en Movimiento*[16] tratan de manera simple y clara temas comunitarios de interés general como por ejemplo *Las instituciones de la Unión Europea*[17], *Preguntas y respuestas sobre la Unión Europea*[18] o *La Europa de los ciudadanos*[19].

La serie *Documentación Europea*[20] trata los temas en mayor profundidad y los folletos suelen ser más extensos. Encontramos títulos como *La unificación europea: nacimiento y desarrollo de la Unión Europea*[21] o *El ABC del derecho comunitario*[22].

4.3 Publicaciones especializadas

Incluimos en este capítulo publicaciones que tratan en profundidad algún tema comunitario.

Biomedical & health research. Newsletter[23] es una publicación periódica elaborada por la Dirección General XII (investigación y desarrollo) de la Comisión, para informar sobre el desarrollo del programa de investigación comunitario en materia de biomedicina y salud.

EC research funding. A guide for applicants[24] es una guía sobre como participar en los diversos programas de investigación financiados por la UE dentro del cuarto programa marco de I+D.

La publicación periódica *Europa Social*[25] publica dos números por año en los que trata en profundidad algún tema monográfico relacionado con política social como por ejemplo La unión Europea y la familia, el teletrabajo en la Unión Europea o acuerdos en materia de información y consulta en las multinacionales europeas.

Ayudas y préstamos de la Unión Europea. Guía de las financiaciones comunitarias[26] permite conocer las múltiples líneas de financiación que ofrecen las instituciones comunitarias, como por ejemplo las iniciativas comunitarias en materia de salud, calidad de vida y de trabajo a través de las cuales se financian proyectos de lucha contra el sida o iniciativas de información y sensibilización del personal sanitario. La guía incluye nombres, direcciones y teléfonos a los cuales recurrir para obtener más información al respecto.

Naturalmente existen muchísimas publicaciones especializados a disposición de todos los ciudadanos interesados en ellas y que pueden conocerse consultando los catálogos de publicaciones de la OPOCE. También pueden resultar de interés para los profesionales de la medicina las publicaciones de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo con sede en Dublín(*).

4.4 Publicaciones estadísticas

La *Oficina Estadística de las Comunidades Europeas*, más conocida por sus siglas comerciales *EUROSTAT*, recibe datos estadísticos suministrados por los institutos nacionales de estadística de los Estados miembros y los armoniza de forma que sean comparables. Con estos datos elabora series estadísticas sobre muy diversos temas.

(*) ver dirección en la guía *UE ¡Dígame!*.

Europa en Cifras[27] recoge de forma amena y fácilmente comprensible datos estadísticos básicos sobre la UE como el presupuesto de la UE, estructura de la población, mortalidad, población activa, salud, etc. incluyendo gran cantidad de gráficos y fotografías.

Estadísticas básicas de la Unión Europea.Comparación con los principales socios de la Unión Europea[28] aparece anualmente e incluye series estadísticas de los quince y de otros países como Estados Unidos, Japón, Canadá, Turquía, o Suiza. Además de datos básicos como superficie, población o tasa de paro, facilita también informaciones más especializadas como por ejemplo reservas oficiales brutas en pesetas convertibles, producción total de hulla, superficie arbolada y producción de madera, emisión de óxidos de nitrógeno por sector o número de accidentes de circulación por carretera.

EUROSTAT. Anuario'95. Visión estadística sobre Europa 1983-1993.[29] ofrece gran cantidad de series estadísticas sobre los países de la Europa de los 12 durante el período 1983-93. No incluye por lo tanto datos de Austria, Finlandia y Suecia.

Además de estas publicaciones básicas EUROSTAT edita muchas otras publicaciones, anuarios, análisis de coyuntura, cuentas, encuestas, estudios, estadísticas rápidas (de aparición mensual) o metodologías especializadas, clasificándolas en 9 grandes grupos temáticos fácilmente distinguibles por el color de su portada:

Tema 1	Estadísticas generales	Azul marino
Tema 2	Economía y finanzas	Violeta
Tema 3	Población y condiciones sociales	Amarillo
Tema 4	Energía e industria	Azul claro
Tema 5	Agricultura, silvicultura y pesca	Verde
Tema 6	Comercio exterior	Rojo
Tema 7	Servicios y transporte	Naranja
Tema 8	Medio Ambiente	Turquesa
Tema 9	Varios	Marrón

Existe un *Catálogo EUROSTAT*[30] que permite conocer con detalle las diversas series.

4.5 Directorios y guías

No siempre es fácil saber donde acudir para solicitar un documento, una subvención o recabar más información sobre un programa de I+D. ¿Hay que dirigirse a Bruselas, a Luxemburgo, a Madrid o bien al organismo responsable dentro de la Comunidad Autónoma? Para responder a estas preguntas podemos consultar diversas guías y directorios.

La Representación de la Comisión Europea en España, la dirección de la cual aparece en el punto 8.1, edita una guía fundamental para localizar información comunitaria en España: *Unión Europea ¡Dígame!.Guía de financiación europea en España*[31]. En ella se puede conocer el organigrama de la Representación de la Comisión Europea y del Parlamento Europeo en Madrid y Barcelona, los organismos responsables de la gestión de los fondos estructurales en cada una de las Comunidades Autónomas, los gestores en España de los programas comunitarios de I+D, o donde consultar información sobre la UE en cada una de las provincias del Estado español, entre otras muchas informaciones.

El *Anuario interinstitucional. Unión Europea*[32] contiene las direcciones de las diversas instituciones y el organigrama tanto de la Comisión como del Parlamento, el Consejo, el Tribunal de Justicia y otros muchos organismos comunitarios incluyendo todos los altos cargos con sus números de teléfonos y de fax.

4.6 ¿Donde obtener los documentos?

La OPOCE ha organizado una red de puntos de venta de sus publicaciones a lo largo de los países de la UE y de determinados países terceros. En concreto en España las publicaciones comunitarias pueden adquirirse en :

Boletín Oficial del Estado	Llibreria de la Generalitat de Catalunya
c/Trafalgar, 27-29	Rambla dels Estudis, 118
28071 MADRID	08002 BARCELONA
Tel: 91-538 21 00	Tel: 93-302 64 62
Fax: 91-538 22 67	Fax: 93-302 12 99

Mundi-Prensa S.A.
c/Castelló, 37
28001 MADRID
Tel: 91-431 33 99(Libros)
91-431 32 22(Suscripciones)
Fax: 91-575 39 38

También existe una red de **Eurolibrerías** (puntos de venta de publicaciones sobre la Unión Europea concertados con Mundi-Prensa) que permiten adquirir publicaciones en otras Comunidades Autónomas(*)

Las publicaciones gratuitas pueden solicitarse a la Representación de la Comisión Europea en España que dispone de oficinas en Barcelona y Madrid, o bien si se trata de documentos sobre el Parlamento Europeo a la Oficina del Parlamento Europeo en Madrid(**)

5 Bases de datos en línea

Hay actualmente más de 50 bases de datos comunitarias públicas, la mayor parte de las cuales son de acceso gratuito. Existe, por lo tanto, un enorme volumen de información al alcance de cualquier persona interesada. Por otra parte, cada vez son más las bases de datos que no requieren ningún tipo de formación previa para la interrogación. Existe un *Repertorio de bases de datos públicas*[33] donde se describe el contenido de cada una de ellas. A continuación mencionaremos las más esenciales.

5.1 Bases de datos sobre legislación y jurisprudencia

La base de datos *CELEX, Communitatis europeae lex*, contiene el texto íntegro de los Tratados, de los acuerdos firmados por la UE con terceros países, de todo el derecho derivado, y de la jurisprudencia comunitaria. Además contiene referencias a los actos jurídicos preparatorios de las diversas instituciones e incluso a la legislación nacional de aplicación de las directivas. En la actualidad ofrece más de 182 000 entradas. Si tenemos en cuenta que la mayor parte de ellas incluyen el texto íntegro podemos hacernos una idea del volumen de CELEX, una de las mayores bases de datos existentes.

(*)las direcciones de las Eurolibrerías aparecen en la guía *UE Dígame*

(**) ver direcciones en el punto 8

CELEX fue creado en 1966 y abierto al públicoen 1981. Está disponible en 9 de las lenguas oficiales de la UE (todas excepto sueco y finlandés).

Dado que la mayor parte de referencias se introducen en CELEX con el texto íntegro, suele trascurrir un lapso de tiempo a veces largo entre que se publica el DOCE y aparece la información en CELEX. Para cubrir ese desfase es posible consultar la base de datos *ABEL*. En ella se aparece el sumario de los Diarios Oficiales de las series L y C el mismo día de su publicación en Luxemburgo permaneciendo los datos en la base de datos durante 6 meses. Es posible de este modo estar permanentemente informado del contenido de los Diarios Oficiales. ABEL se creó en 1989, es accesible en las 11 lenguas comunitarias y cuenta con unas 8 000 referencias. Mediante ABEL es posible solicitar directamente en línea el texto íntegro de cualquiera de las referencias existentes en la base de datos y recibirlo por fax.

5.2 Bases de datos bibliográficas

ECLAS, European Commission library automated system, es la base de datos de la biblioteca de la Comisión Europea en Bruselas. Ofrece referencias bibliográficas de monografías, artículos de prensa, publicaciones comunitarias, documentos COM y del Parlamento que no se refieran a procedimientos legislativos, publicaciones de organizaciones internacionales (ONU, OCDE, NATO, EFTA, GATT, OMS, etc), y una selección de artículos de anuarios y tesis. Por supuesto la integración europea es el tema principal de las referencias incluidas en ECLAS. La base se interroga mediante un menu disponible en francés o inglés y las referencias aparecen en el idioma original del documento. No incluye texto íntegro de los documentos. ECLAS se creó en 1982 e incluye aproximadamente 140 000 documentos desde 1978.

SCAD, Service central automatisé de documentation, contiene referencias bibliográficas de actos jurídicos preparatorios comunitarios, publicaciones de las instituciones comunitarias, artículos de publicaciones periódicas que traten temas comunitarios, y textos de organizaciones empresariales y sindicales. Fue creado en 1983 y contiene unas 220 000 referencias que abarcan desde 1983 hasta la actualidad.

5.3. Bases de datos especializadas

CORDIS, Community research and development information service, es un servicio de información que comprende diez bases de datos sobre la política comunitaria de I+D:

RTD-Acronyms	Acrónimos utilizados en actividades comunitarias de I+D
RTD-Com documents	Documentos de la Comisión relacionados con I+D
RTD-Contacts	Puntos de contacto donde obtener información y asistencia sobre actividades comunitarias de I+D
RTD-EOI	Recopilación de anuncios para participar en programas de I+D
RTD-News	Noticias y novedades sobre las actividades comunitarias de I+D
RTD-Partners	Servicio de búsqueda de socios para realizar proyectos conjuntos de I+D
RTD-Programmes	Información sobre programas comunitarios de I+D
RTD-Projects	Información sobre proyectos de I+D financiados por la UE
RTD-Publications	Abstracts de informes, publicaciones y documentos científicos
RTD-Results	Resultados y prototipos realizados en base a programas comunitarios de I+D

El servicio se creó en 1990 y existe únicamente en inglés.

EURISTOTE, ofrece información sobre más de 18 000 tesis y estudios universitarios en relación con la integración europea, incluyendo también datos sobre más de 7 000 profesores e investigadores universitarios especialistas en el tema. Fue creado en 1980 pero recoge información desde 1952 hasta la actualidad.

RAPID, es la base de datos del Servicio del Portavoz de la Comisión Europea. Cada día, a las 12 del mediodía, el portavoz de la Comisión se reúne con los medios de comunicación acreditados ante la Comisión. Dos horas después las mismas notas de prensa que han sido distribuidas a los periodistas pueden consultarse íntegramente en RAPID. Son notas que tratan de manera concisa y fácilmente comprensible temas de gran actualidad. Puede tratarse de cualquier información de interés como por ejemplo: informar sobre la presentación de una propuesta de directiva sobre un tema determinado, expresar el punto de vista de la Comisión sobre un tema de actualidad internacional, facilitar una nota de background sobre las relaciones de la UE con un país tercero, etc. La base fue creada en 1985 y en la actualidad comprende más de 20 000 documentos con texto íntegro. Normalmente la información puede extraerse en español aunque en ocasiones la traducción española se retrasa algunos días respecto del documento en francés o inglés.

TED, Tenders electronic daily, es un servicio sobre licitaciones públicas cuyo plazo no haya expirado. Recoge la misma información que la Serie S del DOCE pero en forma electrónica. Se creó en 1983 y comprende más de 30 000 licitaciones desde 1989. Una vez se cierra el plazo de la licitación la información pasa a la base de datos TED-Archive.

5.4. ¿Dónde suscribirse a las bases de datos?

El distribuidor de las bases de datos comunitarias de pago en España es:

SARENET

Parque Tecnológico, edificio 103

48016 ZAMUDIO (Vizcaya)

Tel: 94 420 94 70

Fax: 94 420 94 65

Por acceder a las bases de datos gratuitas:

ECHO (European Commission Host Organisation)

Customer Service

B.P: 2373

1023 LUXEMBOURG

Tel: 07 352 34 98 11

Fax: 07 352 34 98 12 34

6. Información en INTERNET

Cada día son más los millones de personas que en todo el mundo acceden a INTERNET. Las instituciones comunitarias han creado centros servidores que a través de INTERNET ofrecen información absolutamente gratuita.

El principal centro servidor de la Unión Europea es *EUROPA*. Resulta prácticamente imposible resumir el contenido de EUROPA dada la enorme cantidad de información que contiene. A través de EUROPA es posible conocer la historia de la UE, el funcionamiento de las instituciones comunitarias, las principales políticas, los documentos de actualidad, los futuros acontecimientos en el desarrollo de la UE, o las principales publicaciones y bases de datos. De momento la mayor parte de la información se encuentra únicamente en inglés aunque es posible encontrar documentos en francés, alemán y en menor medida en español. La dirección de EUROPA es *http://europa.eu.int*

El servidor *EUROINFO*, creado por la Representación de la Comisión de las Comunidades Europeas en España, ofrece información en español, entre la cual cabe destacar la versión electrónica, y por lo tanto permanentemente actualizada, de la guía *Unión Europea ¡Dígame!*, el *Newsletter* que publica el Servicio de prensa de la Representación, o la colección de folletos regionales que analizan las relaciones de cada una de las Comunidades Autónomas con la Unión Europea. La dirección de EUROINFO es *http://www.uji.es/euroinfo*.

Otros servidores de interés son:

I'M Europe (http://www.echo.lu)

Iniciativas relativas al mercado de la información. Permite el acceso a más de 20 bases de datos gratuitas del host ECHO.

Information Society Project Office(ISPO) (http://www.ispo.cec.be)

Mercado de servicios de la información.

CORDIS (http://www.cordis.lu)

Servicio de información sobre actividades comunitarias de I+D.

7. Información en otros soportes

7.1. CD-ROM

CORDIS CD-ROM[14] recoge toda la información contenida en las bases de datos del servicio de información sobre I+D CORDIS.

Panorama of EU Industry CD-ROM[15]. Cada año la Dirección General III, responsable de temas de industria en la Comisión Europea, elabora un informe muy extenso y detallado sobre los diversos sectores industriales y el sector servicios en los países de la Unión. El CD-La versión en CD-Rom del Panorama de la Industria incluye, además del informe, 30 000 series estadísticas elaboradas por EUROSTAT, datos sobre las 500 empresas privadas más importantes de Europa, y el catálogo completo de publicaciones y servicios electrónicos de EUROSTAT.

COMEXT CD-ROM[16] se publica mensualmente y proporciona datos estadísticos sobre comercio exterior, nomenclaturas de países y productos, notas metodológicas así como el catálogo de publicaciones de EUROSTAT.

7.2. Videos

La OPOCE ha realizado diversos videos, en todas las lenguas oficiales comunitarias, que exponen de forma amena y fácilmente comprensible información sobre las instituciones comunitarias y sus políticas. Los videos pueden adquirirse a través de los puntos de venta de publicaciones de la OPOCE reseñados en el punto 4.6, donde también puede obtenerse un catálogo de videos en venta[17].

Por otra parte las Representaciones de la Comisión Europea en Madrid y Barcelona disponen de videos tanto en español como en catalán que pueden obtenerse en préstamo(*).

8. Las redes de información europea

¿Dónde consultar la documentación que hemos mencionado en este artículo o acceder a alguna de las bases de datos?. Empresarios que necesitan información sobre ayudas y préstamos, estudiantes que desean participar en programas de intercambio, o ciudadanos que se interesan por la legislación comunitaria en materia de protección de los consumidores, son algunos ejemplos de que cada vez son más los ciudadanos que perciben la necesidad de mantenerse informados sobre los temas comunitarios. Para atender sus necesidades las instituciones comunitarias han creado diversas redes de centros de información a lo largo de los 15 países de la Unión e incluso en países terceros.

8.1. Representaciones de la Comisión Europea y Oficina del Parlamento Europeo

La Comisión Europea dispone de oficinas de representación en los 15 países de la UE. En España se encuentran en Madrid y Barcelona. Ambas dos cuentan con servicios de Documentación abiertos al público donde es posible consultar la información comunitaria y obtener publicaciones gratuitas. Atienden también peticiones de documentación por teléfono y por fax.

Representación en España

Paseo de la Castellana, 46
28046 MADRID
Tel: 91 431 57 11
Fax: 91 432 14 09

Representación en Barcelona

Avda. Diagonal 407 bis
Edificio Banco Atlántico,
plantas 18 y 12
08008 BARCELONA
Tel: 93 415 81 77
Fax: 93 415 63 11

También el Parlamento Europeo en su Oficina de Madrid dispone de un Servicio de Documentación donde consultar la documentación y las bases de datos del Parlamento.

Oficina del Parlamento Europeo

c/Fernanflor, 4 7º
28014 MADRID
Tel: 91 429 33 52
Fax: 91 429 83 49

8.2. Eurobibliotecas

La red de *Eurobibliotecas* abarca 39 bibliotecas públicas situadas a lo largo de todo el territorio español. Las Eurobibliotecas reciben y ponen a disposición del público las publicaciones fundamentales de las instituciones comunitarias como los Tratados, el Diario Oficial en sus diversas series, los informes más importantes y los folletos divulgativos.(**)

8.3. Centros de Documentación Europea

Los 36 *Centros de Documentación Europea* o *CDE* se encuentran situados en su gran mayoría en universidades que llevan a cabo cursos sobre integración europea. Reciben una documentación extensa que incluye, además de lo mencionado para las Eurobibliotecas, los documentos COM y publicaciones periódicas especializadas. Poseen también acceso a las bases

(*) Ver direcciones en el punto 8.1

(**) Las direcciones de Eurobibliotecas, CDE y Euroventanillas aparecen en la guía UE ¡Dígame! y en el web EUROINFO.

de datos comunitarias y cuentan todos ellos con documentalistas y personal capaz de llevar a cabo búsquedas documentales complejas.(*)

B.4 Euroventanillas

Los *Centros Europeos de Información Empresarial* o *Euroventanillas* están especializados en atender consultas de los sectores empresariales. Poseen información sobre todas las ayudas y subvenciones comunitarias y sobre legislación además de documentos diversos de interés para el mundo empresarial. Entre sus tareas se encuentra también la de facilitar el acercamiento y la cooperación entre empresas de todos los países de la Unión. Se encuentran situados generalmente en Cámaras de Comercio y organismos empresariales.(*)

9. Documentos citados

1. *La Unión Europea Editor 1996*, OPOCE, 1996. 166 p. Gratuito
2. *Publicaciones*, OPOCE, 1996. 294 p. Gratuito
3. *Unión Europea. Recopilación de los Tratados*, OPOCE,1995. 2vols.6.600pts+ 3.795 pts
4. *Diario Oficial de las Comunidades Europeas*, OPOCE.104.775ptsL y C,128.700pts S
5. *Edición Especial del Derecho Derivado*, OPOCE, 1986. 152 vols.
6. *Repertorio de la legislación comunitaria vigente*, OPOCE, 1996. 2 vols18 150pts

   (suscriptores al DOCE L gratis)
7. *Documentos COM*, OPOCE, 1996. 334.950 pts
8. *Documentos de Sesión del PE. Serie A*, OPOCE 41.250 pts
9. *Dictámenes e informes del CES*, OPOCE 75.900 pts
10. *Recopilación de la Jurisprudencia del Tribunal de Justicia* 28.050 pts
11. *Actividades del Tribunal de Justicia* Gratuito
12. *Boletín de la Unión Europea* 23.760 pts
13. *Informe general sobre las actividades de la UE*, OPOCE, 1996, 640 p 5.445 pts
14. *La situación de la agricultura en la UE: informe de 1995*, OPOCE,1996, 515p 6.300pts
15. *XXV Informe sobre la política de competencia 1995*, OPOCE, 1996, 381 p.3.000pts
16. *Europa en movimiento*, Gratuitos
17. *Las instituciones de la Unión Europea*, OPOCE, 1995, 15 p.Gratuito
18. *Preguntas y respuestas sobre la Unión Europea*, OPOCE, 1994, 16 p
19. *La Europa de los ciudadanos*, OPOCE, 1993, 50 p.Gratuito
20. *Documentación Europea*.Gratuitos
21. *La unificación europea: nacimiento y desarrollo de la UE*, OPOCE,1995,80 p.Gratuito
22. *El ABC del derecho comunitario*, OPOCE, 1994, 69 p. Gratuito
23. *Biomedical & health research. Newsletter*. Comisión Europea. DG XII. Gratuito
24. *EC research funding. A guide for applicants*, OPOCE, 1996, 197 p. 20 ECU
25. *Europa Social*, OPOCE, 6.600 pts
26. *Ayudas y préstamos de la Unión Europea*. OPOCE, 1996, 189 p. 35 ECU
27. *Europa en cifras*. OPOCE, 1995, 428 p. 2.500 pts
28. *Estadísticas básicas de la UE*, OPOCE, 1995, 373 p. 2.150 pts
29. *Eurostat: Anuario 95*, OPOCE, 1995,489 p. 4.950 pts
30. *Catálogo Eurostat*, OPOCE, 1995, 128 p. Gratuito
31. *UE ¡Dígame!*, Representación de la Comisión Europea en España, 1996,147p. Gratuito
32. *Anuario interinstitucional*. OPOCE, 1995, 368 p. 2.640 pts
33. *Repertorio de bases de datos públicas*, OPOCE, 1995, 77 p. Gratuito
34. CORDIS CD-Rom, Comisión Europea. DG XII, 250 ECU
35. Panorama of EU industry (CD-Rom), OPOCE, 1995, 49.500 pts
36. COMEXT CD-Rom, OPOCE, 1995, 660.000 pts
37. *Video Catalogue*, OPOCE, 1996, 108p. Gratuito.

"Punch", Londres, 1880.

PAPELES DE INFORMACIÓN III

2.- V Conferencia europea de archivos

Organizado por la Associació d'Archivers de Catalunya y el International Council on Archives.

Lugar y fechas: Barcelona, Palacio de Congresos. 27 a 30 de Mayo de 1997.

Información ampliada: Associació d'Archivers de Catalunya. Hotel d'Entitats de la Pau. C/Pere Vergés, 1 - 10º. 08020 Barcelona. Tel. 93/2780294. Fax 93/2780174.

3.- Máster de especialidad en Documentación médica

Organizado por: Instituto de Estudios Documentales e Históricas sobre la Ciencia. CSIC. Universitat de València. Departamento de Historia de la Ciencia y Documentación Médica.

Lugar y fechas: Valencia. Instituto de Estudios Documentales e Históricos sobre la Ciencia. Facultad de Medicina. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia. Enero 1997 a Junio 1998.

Información y Solicitudes: Fundación Universidad-Empresa de Valencia. Plaza del Ayuntamiento, 19-1º. 46002 Valencia. Tel. 96/3510663. Fax 96/3512818.

4.- Curso de biomedicina en Internet

Organizado por: Greendata.

Lugar y fechas: Barcelona, Jueves 23 y Viernes 24 de Enero 1997. De 18.00 a 22.00 (8 horas). Precio: 25000 ptas.

Información y solicitudes: Greendata. Aribau, 310. 08006-Barcelona. Tel. (34-3)4147575. Fax: (34-3) 4147663.

BOLETIN DE SUSCRIPCION

Sírvase suscribirme a PAPELES MEDICOS *Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica.*

☐ 1997 (dos números)

Nombre o Entidad .....

Domicilio .....

Población ..... Código Postal .....

Precios de Suscripción:

☐ Anual España (IVA incluido): 6.000 ptas.

☐ Anual Extranjero (IVA incluido): 7.500 ptas.

Forma de Pago:

☐ Por giro postal n.º .....

Enviar este impreso cumplimentado junto al: Cheque o Giro postal a:

PAPELES MEDICOS. Revista de la Sociedad Española de Documentación Médica

Apartado 1593

50080 ZARAGOZA

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE DOCUMENTACION MEDICA
SEDOM