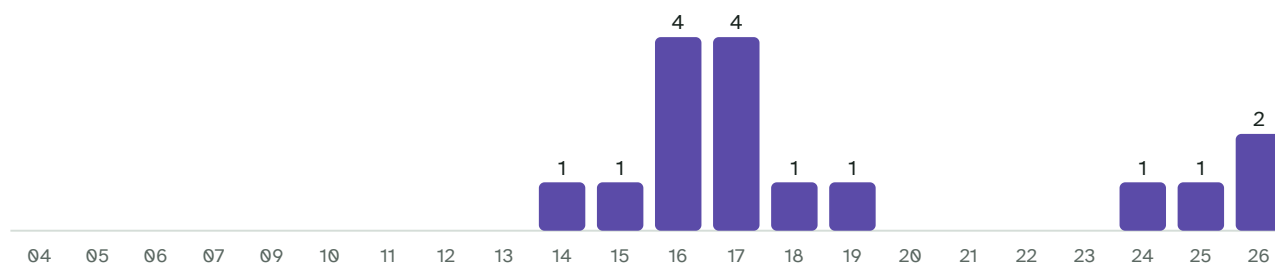


Sistemas de información y registros

Los sistemas de información convierten la actividad asistencial en datos útiles para atender, gestionar y planificar. En el EIR este tema cae sobre todo por el Real Decreto 1093/2010 (conjunto mínimo de datos de los informes clínicos y, en particular, el informe de cuidados de enfermería), por los GRD y la casuística, por el CMBD y por la salud digital, con alguna pregunta de informática básica.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-27 · **sin revisión enfermera**. Todas las preguntas son reales, de exámenes EIR, con su año y su número; ninguna está escrita por IA. Las respuestas están en el solucionario, al final.

Cómo cae en el EIR



16 preguntas de este tema en 22 exámenes (2004-2026, ordinarias, clasificación segura).

Lo más repetido

- GDR/GRD: sistema de clasificación de episodios de hospitalización (3 exámenes)
- RD 1093/2010: norma del informe de cuidados con NANDA-NOC-NIC (2 exámenes)
- RD 1093/2010: informe de cuidados sin modelo de valoración obligatorio (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Sistemas de información sanitaria del SNS	7
2. Historia clínica y registros de enfermería	10
3. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos (RD 1093/2010)	13
4. El informe de cuidados de enfermería	15
5. CMBD y Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD)	19
6. Casuística (case-mix) y Grupos Relacionados por el Diagnóstico	21
7. Salud digital: eSalud, telemedicina e inteligencia artificial	24
8. Informática básica y sistemas de información de enfermería	27
Todas las preguntas del tema (17)	30
Preguntas que también podrían ser de este tema (5)	36
Solucionario	38
Fuentes	39

Resumen para repasar

1. Sistemas de información sanitaria del SNS

- La **Ley 16/2003** (art. 53) crea el **sistema de información sanitaria del SNS**; objetivos y contenidos se acuerdan en el **Consejo Interterritorial** ^{F1}.
- Sirve a cuatro colectivos: **autoridades** (toma de decisiones), **profesionales**, **ciudadanos** y **organizaciones** ^{F1}.
- Datos básicos: población protegida, recursos, actividad, farmacia, financiación, resultados y opinión de los ciudadanos, **desagregados por sexo** ^{F1}.
- **INCLASNS** (2014): de nivel de salud, **estructurales** (oferta y distribución de recursos), de utilización, de accesibilidad, de gasto y de calidad ^{F2}; hoy, **12 dominios** y 4 dimensiones, con los recursos en «Uso/Recursos» ^{F37}.
- **Cuadro de mando integral** (Kaplan y Norton, 1992): integra **indicadores financieros y no financieros** ligados a la estrategia y mejora la **toma de decisiones** ^{F3 F4}.
- Del modelo de estadísticas **independientes y descriptivas** a un sistema **integrado** que genere conocimiento ^{F2}.

2. Historia clínica y registros de enfermería

- **Historia clínica** (Ley 41/2002): conjunto de documentos con datos, valoraciones e informaciones sobre la situación y evolución clínica del paciente ^{F5}.
- Fin principal: **facilitar la asistencia**; cualquier soporte; unidad e integración al menos en cada institución ^{F5}.
- Contenido mínimo de enfermería: **evolución y planificación de cuidados, aplicación terapéutica y gráfico de constantes** ^{F5}.
- Conservación **mínima de cinco años** desde el alta; el profesional puede reservarse sus **anotaciones subjetivas** ^{F5}.
- Registro: **en tiempo real, objetivo**, con fecha y hora, documentando los **cambios** y **centrado en lo significativo** ^{F6}.
- Lo subjetivo del paciente, **entre comillas**; errores tachados con una línea; **nunca registrar antes de hacer** ^{F7}.

3. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos (RD 1093/2010)

- **RD 1093/2010**: conjunto mínimo de datos de los informes clínicos (**CMDIC**) en cualquier soporte, **electrónico o papel** ^{F8}.
- Reformado por el **RD 572/2023**, que sustituyó los anexos I a IX y añadió el X ^{F8}.
- Lo habilitan la **Ley 41/2002** y la **Ley 16/2003**; el preámbulo cita también la **Ley 11/2007** (hoy derogada) ^{F8 F38}.
- Documentos: alta, consulta externa, urgencias, atención primaria, laboratorio, imagen, otras pruebas, **informe de cuidados de enfermería e historia clínica resumida** ^{F8}.
- **CM** = obligatorio; **R** = recomendado (en 2010, a criterio de cada comunidad autónoma) ^{F8 F9}.
- La **HCDSNS** comparte esos informes entre comunidades autónomas ^{F10 F11}.
- En 2010, la **historia clínica resumida** se definía como documento **electrónico** generado automáticamente desde la historia completa ^{F9}.

4. El informe de cuidados de enfermería

- Informe de cuidados: diagnósticos activos (**NANDA**), resultados (**NOC**) e intervenciones (**NIC**); desde 2023 también **SNOMED CT** ^{F8 F9}.
- Anexo **VII** en 2010; anexo **IX** hoy ^{F8 F9}.
- Valoración: **ningún modelo obligatorio**; hay que indicar el **modelo de referencia utilizado** y los resultados destacables ^{F8 F9}.
- De protocolos, valoración, motivo de alta e información complementaria, en 2010 solo **«Información complementaria/Observaciones»** era R; hoy también lo son protocolos y motivo de alta ^{F8 F9}.

5. CMBD y Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD)

- **CMBD**: definido en Europa en **1981** y aprobado por el Consejo Interterritorial en **1987** ^{F12}.
- **RD 69/2015** regula el **RAE-CMBD** y su estructura y contenido; atención **especializada**, pública y privada ^{F12}.
- Unidad de registro: el **contacto**; codificación con **CIE-10-ES** ^{F12}.
- Objetivos del RAE-CMBD: conocer la **demandas asistencial y la morbilidad atendida** en atención especializada y favorecer la investigación ^{F12}.
- El **marcador POA** indica si cada diagnóstico estaba **presente al ingreso** ^{F12}.

6. Casuística (case-mix) y Grupos Relacionados por el Diagnóstico

- **Case-mix** = casuística, los tipos de pacientes que trata un hospital ^{F13 F15}.
- **GRD**: sistema de **clasificación de pacientes** creado en la **Universidad de Yale**; entre sus premisas, significación clínica, clases excluyentes e **isoconsumo** ^{F13 F14}.
- Se asignan desde el **CMBD**: diagnóstico principal (CDM), procedimiento quirúrgico, edad, alta y diagnósticos secundarios ^{F13}.
- **APR-GRD**: añaden severidad y riesgo de mortalidad en cuatro niveles ^{F17}.
- **Peso relativo**: el valor 1 es el coste medio global ^{F17}.
- Primera aplicación práctica: **pago prospectivo** (Nueva Jersey a finales de los setenta; Medicare desde **1983**); en el SNS, pesos y costes para el **Fondo de Cohesión** y la facturación a terceros ^{F13 F15 F18}.

7. Salud digital: eSalud, telemedicina e inteligencia artificial

- **eSalud**: uso de las **TIC para la salud** (OMS) ^{F19}; resolución **WHA58.28** de 2005 ^{F20}.
- La **telemedicina** es un componente de la **telesalud**; **mHealth**, salud con dispositivos móviles ^{F22 F23}.
- **5P** de la Estrategia de Salud Digital (2021-2026): **Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa** ^{F24}.
- Limitaciones de la telemedicina: **discapacidad** del paciente, **brecha digital** y **barreras legales** ^{F21 F22 F25}.
- IA (OMS 2023): uno de los principales riesgos son los **sesgos** por datos **no representativos** ^{F26}.

8. Informática básica y sistemas de información de enfermería

- **RAM**: memoria **volátil**, se pierde al apagar; **ROM**: solo lectura ^{F29 F30}.
- Base de datos: el **campo** es la columna donde va cada dato (p. ej., fecha de nacimiento) ^{F8 F27}.
- **LAN**: área local (un edificio); **WAN**: zona geográfica mayor ^{F31 F32}.
- Documentación electrónica de enfermería: ahorro de tiempo y **menos errores de documentación**, con evidencia limitada y contradictoria ^{F33 F35}.
- **Hardware**: CPU y **periféricos** de entrada y salida; **software**: programas e instrucciones ^{F27 F28}.

Puntos clave

- 1 El informe de cuidados de enfermería lo regula el **RD 1093/2010**, con diagnósticos NANDA, resultados NOC e intervenciones NIC ^{F9}.
- 2 La valoración del informe de cuidados **no sigue un modelo obligatorio**: se indica el modelo de referencia utilizado ^{F8 F9}.
- 3 Los **GRD** son un sistema de clasificación de pacientes hospitalizados creado en la **Universidad de Yale** ^{F13 F14}.
- 4 El **RAE-CMBD** se regula por el **RD 69/2015** y codifica con la **CIE-10-ES** ^{F12}.
- 5 Los indicadores **estructurales** del SNS informan de la **oferta y distribución de recursos** ^{F2}.
- 6 Las **5P**: Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa ^{F24}.
- 7 Según la OMS, uno de los principales riesgos de la IA en salud son los **sesgos** por datos no representativos ^{F26}.
- 8 La historia clínica se conserva **al menos cinco años** desde el alta ^{F5}.

1. Sistemas de información sanitaria del SNS

La **Ley 16/2003, de cohesión y calidad del SNS**, encarga al Ministerio de Sanidad establecer un **sistema de información sanitaria del SNS** que garantice la disponibilidad de la información y la comunicación recíprocas entre las Administraciones sanitarias; los objetivos y contenidos de la información se acuerdan en el seno del **Consejo Interterritorial** ^{F1}. Su objetivo general es responder a las necesidades de cuatro colectivos ^{F1}:

Colectivo (art. 53 Ley 16/2003) ^{F1}	Para qué le sirve la información
Autoridades sanitarias	Favorecer el desarrollo de políticas y la toma de decisiones , con información actualizada y comparativa de la situación y evolución del SNS
Profesionales	Mejorar sus conocimientos y aptitudes clínicas: directorios, resultados de estudios, evaluaciones de medicamentos y tecnologías, buenas prácticas, guías clínicas
Ciudadanos	Derechos y deberes, riesgos para la salud, decisiones sobre estilo de vida, autocuidado y uso de los servicios
Organizaciones y asociaciones	Promover la participación de la sociedad civil (asociaciones de pacientes, ONG, sociedades científicas)

El sistema incorpora como **datos básicos** los relativos a población protegida, recursos humanos y materiales, actividad desarrollada, farmacia y productos sanitarios, financiación y resultados obtenidos, además de las expectativas y opinión de los ciudadanos, **desagregando por sexo** todos los datos susceptibles de ello ^{F1}. El Ministerio, previo acuerdo del Consejo Interterritorial, fija la **definición y normalización de datos y flujos** y la **selección de indicadores** ^{F1}. La ley prevé además una **red segura de comunicaciones** del SNS, por la que circulan el código de identificación personal, las redes de alerta, el intercambio de información clínica, los registros sanitarios, la **receta electrónica** y la información para gestionar el Fondo de cohesión sanitaria, entre otras (art. 54), y el intercambio electrónico de información clínica para que paciente y profesionales accedan a la **historia clínica** desde cualquier centro del SNS (art. 56) ^{F1}.

El Ministerio describe la evolución que se busca: pasar de los tradicionales modelos de explotación de datos **independientes y descriptivos** a un sistema que trate la información **de forma integrada** y genere conocimiento ^{F2}. Antes el sistema era un repertorio de operaciones estadísticas independientes entre sí, sin criterios comunes para integrarlas; la **Subcomisión de Sistemas de Información** del Consejo Interterritorial se creó en noviembre de 2000 para construir un sistema integrado, tarea que se asumió de forma efectiva tras la Ley 16/2003 ^{F2}.

Indicadores Clave del SNS (INCLASNS). De entre todos los indicadores disponibles se seleccionó, por consenso con las comunidades autónomas, un conjunto que da de forma integrada y sistemática información fundamental del sistema sanitario, aprobado por el Consejo Interterritorial; forman una única base de datos,

desagregada por comunidad autónoma y por sexo, de descarga libre ^{F2}. En la presentación del Ministerio de 2014 se agrupaban así ^{F2}:

Grupo de INCLASNS (presentación de 2014) ^{F2}	Qué informan
De nivel de salud	Principales problemas de salud y prevalencia de sus factores determinantes; identifican desigualdades
Estructurales	Información de referencia para el análisis de la oferta y distribución de recursos
De utilización del sistema sanitario	Frecuentación, tasas de uso de procedimientos o tecnologías y consumo de recursos
De accesibilidad al sistema	Existencia de problemas en el acceso a los servicios
De gasto	Recursos económicos utilizados, según las cuentas oficiales
De calidad de la atención	Prestación de servicios efectivos y de calidad; problemas y variabilidad en la provisión

Oferta y distribución de recursos

En la clasificación de 2014, recursos = **estructura**: los indicadores **estructurales** son los que informan de la oferta y distribución de recursos; el **acceso** tiene su propio grupo y la **frecuentación** es utilización ^{F2}.

Modelo vigente. El marco conceptual se revisó en 2016 y de nuevo en 2019-2020; hoy los INCLASNS se organizan en **12 dominios y 4 dimensiones** (Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Sistema Sanitario, y Contexto y Políticas de Salud), con la **equidad** como eje vertical y la **eficiencia** como eje transversal ^{F37}. Dentro del Sistema Sanitario, los antiguos dominios de Uso y de Recursos se unieron en un único dominio **«Sostenibilidad: Uso/Recursos»**, y Gasto pasó a llamarse Coste/Gasto; en 2025 hay 186 indicadores clave y 70 esenciales ^{F37}.

EIR2019-215: los «indicadores estructurales»

La respuesta oficial de EIR2019-215, **indicadores estructurales**, corresponde a la clasificación clásica de los INCLASNS que publicaba el Ministerio (documento de 2014), donde eran los que informan de la **oferta y distribución de recursos** ^{F2}. La metodología vigente ya no tiene un grupo con ese nombre: los recursos están en el dominio **«Sostenibilidad: Uso/Recursos»** del marco de 12 dominios, revisado desde 2016 ^{F37}. La misma metodología sigue llamando **indicadores de estructura** a los que recogen los recursos materiales (centros, equipos y recursos financieros), los recursos humanos y la estructura organizativa, características más fijas del sistema ^{F37}. La respuesta oficial no se corrige.

Indicadores estructurales del SNS

Entre los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, ¿cuáles son los que proporcionan información de referencia para el análisis de la oferta y distribución de recursos?:

1. Indicadores de utilización del sistema sanitario.
2. Indicadores estructurales.
3. Indicadores de calidad de la atención en el Sistema Nacional de Salud.
4. Indicadores de accesibilidad al sistema.

Cuadro de mando. El **Cuadro de Mando Integral** (CMI, descrito por Kaplan y Norton en 1992) se ha utilizado ampliamente en gestión como instrumento para ayudar a implantar la estrategia de una organización; su primera generación supuso medir los resultados de forma **multidimensional**, integrando **indicadores financieros y no financieros**, y puede contribuir a implantar la estrategia a partir de la medición y el seguimiento de resultados también en las organizaciones sanitarias, adaptándolo a su realidad ^{F3}. En atención primaria de Madrid, los cuadros de mando específicos, con indicadores de resultados intermedios ligados a las líneas estratégicas e incluidos en los contratos programa, implican a los profesionales en la gestión clínica y estratégica y **mejoran la toma de decisiones** de profesionales y gestores ^{F4}.

★ Para qué sirve un cuadro de mando

Reunir en una sola herramienta los **indicadores clave**, financieros y no financieros, ligados a la estrategia, para hacer seguimiento de resultados y **mejorar la toma de decisiones** ^{F3 F4}. Frente a las baterías de indicadores **exclusivamente financieros, de actividad o muy operativos**, mide los resultados de forma **multidimensional** ^{F3}.

Cuadro de mando: objetivo

En el contexto de la gestión enfermera, ¿cuál es el objetivo principal de un cuadro de mando, considerando el desarrollo de sistemas de información, tecnologías de la información e inteligencia artificial (IA)?:

1. Proporcionar una herramienta de análisis centrada en la satisfacción del paciente, sin incorporar datos de otras áreas asistenciales.
2. Facilitar una toma de decisiones eficiente mediante la integración de indicadores clave, aprovechando sistemas de información avanzados, tecnologías de la información y herramientas de IA para optimizar la calidad asistencial, la eficiencia operativa y la gestión de recursos.
3. Desarrollar un sistema de evaluación financiera del personal de enfermería basado en algoritmos de IA que predicen costos operativos futuros.
4. Generar informes estáticos y retrospectivos que cumplan con las regulaciones, sin utilizar las capacidades dinámicas de los sistemas de información modernos ni de la IA.

2. Historia clínica y registros de enfermería

La **Ley 41/2002**, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, da estas definiciones ^{F5}:

Término (art. 3 Ley 41/2002) ^{F5}	Definición legal
Documentación clínica	El soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial
Historia clínica	El conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y la evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial
Información clínica	Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de una persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla
Informe de alta médica	Documento emitido por el médico responsable al finalizar cada proceso asistencial: datos del paciente, resumen del historial clínico, actividad asistencial prestada, diagnóstico y recomendaciones terapéuticas

Cada centro archiva las historias clínicas **cualquiera que sea el soporte** (papel, audiovisual, informático u otro), garantizando su seguridad, conservación y recuperación; la historia se lleva con criterios de **unidad y de integración**, como mínimo en cada institución asistencial ^{F5}. Su **fin principal es facilitar la asistencia sanitaria** ^{F5}. El **contenido mínimo** (art. 15) incluye, entre otros, la hoja clínico-estadística, la anamnesis y exploración física, la evolución, las órdenes médicas, el consentimiento informado, el informe clínico de alta y tres apartados de enfermería: la **evolución y planificación de cuidados de enfermería**, la **aplicación terapéutica de enfermería** y el **gráfico de constantes** ^{F5}. Varios apartados, entre ellos el gráfico de constantes, el consentimiento informado y el informe de alta, solo son exigibles en procesos de hospitalización o cuando así se disponga ^{F5}.

Aspecto	Qué dice la Ley 41/2002 ^{F5}
Acceso de los profesionales	Los que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a su historia; el personal de administración y gestión, solo a los datos relacionados con sus funciones; todos quedan sujetos al deber de secreto
Fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia	Obligan a separar los datos de identificación de los clínico-asistenciales para asegurar, como regla general, el anonimato , salvo consentimiento del paciente (con las excepciones legales)
Conservación	El tiempo adecuado a cada caso y, como mínimo, cinco años desde la fecha del alta de cada proceso asistencial, no necesariamente en el soporte original
Deber del profesional	Cooperar en una documentación clínica ordenada y secuencial del proceso asistencial
Acceso del paciente	Derecho a acceder y obtener copia, sin perjuicio de terceros ni del derecho de los profesionales a reservarse sus anotaciones subjetivas

Cómo se registra. Una documentación de calidad es accesible, completa, legible y **puntual**; cada entrada se autentica y lleva **fecha y hora** exactas ^{F6}. Hay que registrar **en tiempo real**, documentando valoraciones, intervenciones y observaciones en cuanto ocurren; ceñirse a la **información objetiva** y evitar opiniones; documentar los **cambios** en el estado del paciente, tanto mejorías como empeoramientos; y en las notas narrativas ser claro y conciso, **centrarse en los acontecimientos significativos** y ordenar cronológicamente ^{F6}. Solo se usan abreviaturas ampliamente reconocidas ^{F6}.

- **Objetividad:** escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor ni opiniones personales; la información subjetiva que aporta el paciente o la familia se anota **entre comillas** ^{F7}.
- **Precisión:** precisos, completos y fidedignos, con **fecha, hora y firma legible** de la enfermera responsable; «lo que no está escrito, no está hecho» ^{F7}.
- **Legibilidad:** sin correctores ni borrones; un error se tacha con **una sola línea**, se anota «error» y se firma; no dejar espacios en blanco ni escribir entre líneas ^{F7}.
- **Simultaneidad:** registrar a la vez que la asistencia, no al final del turno, y **nunca registrar un procedimiento antes de hacerlo** ^{F7}.

Registro de cuidados: centrarse en lo relevante

Al registrar los datos obtenidos durante la ejecución de los cuidados, lo apropiado es:

1. Tomarse un tiempo para hacer las anotaciones, después de una reflexión basada en lo que se recuerde.
2. Centrarse en los problemas y acontecimientos importantes que comunican lo que es diferente ese día en esa persona.
3. Recoger todo lo que se ha percibido sobre la respuesta, aunque sea subjetivo, por ser una información importante para el equipo.
4. Registrar todas las manifestaciones normales que presenta la persona.
5. Realizar las anotaciones de manera general, sin describir concreciones temporales que dificultarían la interpretación.

3. Conjunto mínimo de datos de los informes clínicos (RD 1093/2010)

El **Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre**, aprueba el **conjunto mínimo de datos de los informes clínicos (CMDIC)** en el SNS ^{F8}. Su objeto es establecer el conjunto mínimo de datos que deberán contener los documentos clínicos, **cualquiera que sea el soporte, electrónico o papel**, en que se generen, y se aplica en todos los centros y dispositivos asistenciales del SNS ^{F8}. El **Real Decreto 572/2023, de 4 de julio**, modificó su articulado, sustituyó los anexos I a IX y añadió el anexo X (en vigor desde el 6 de julio de 2023) ^{F8}.

Por qué existe. El preámbulo recuerda que la **Ley 41/2002** regula en su artículo 15 el contenido mínimo de la historia clínica y pide un sistema de compatibilidad entre historias clínicas; que la **Ley 16/2003** (art. 56) encarga coordinar el intercambio electrónico de información clínica; y que la **Ley 11/2007**, de acceso electrónico de los ciudadanos a los servicios públicos, aborda la **interoperabilidad** ^{F8}; esta última está hoy derogada, con efectos de 2 de octubre de 2016, por la Ley 39/2015 ^{F38}. Definir por acuerdo los datos que deben contener los informes es un paso imprescindible para la **interoperabilidad semántica** y para que la información clínica sea homogénea y comprensible en cualquier territorio ^{F8}. El real decreto se dicta con la habilitación de la disposición adicional tercera de la Ley 41/2002 y del artículo 56 de la Ley 16/2003; esas leyes no fijan los datos de cada informe: los fija el **RD 1093/2010** ^{F8}.

Documentos del CMDIC	Redacción original de 2010 ^{F9}	Redacción vigente (RD 572/2023) ^{F8}
Informe clínico de alta	Anexo I	Anexo II
Informe clínico de consulta externa	Anexo II	Anexo III
Informe clínico de urgencias	Anexo III	Anexo IV
Informe clínico de atención primaria	Anexo IV	Anexo V
Informe de (resultados de pruebas de) laboratorio	Anexo V	Anexo VI
Informe de resultados de pruebas de imagen	Anexo VI	Anexo VII
Informe de resultados de otras pruebas diagnósticas	No existía	Anexo VIII
Informe de cuidados de enfermería	Anexo VII	Anexo IX
Historia clínica resumida	Anexo VIII	Anexo X

Una lista cerrada

El anexo I enumera los documentos que forman parte del CMDIC: hoy son **nueve** (ocho en 2010), y cualquier otro documento clínico o administrativo queda fuera del conjunto mínimo ^{F8 F9}. En 2010, el artículo 3.4 definía la **historia clínica resumida** como un documento **electrónico**, alimentado y generado de forma automática y actualizado en cada momento a partir de lo que los profesionales incluyen en la historia clínica completa; la redacción vigente del artículo 3 ya no incluye esa definición ^{F8 F9}.

Carácter de cada dato. En 2010, el artículo 2 decía que una variable es de «**conjunto mínimo**» (CM) cuando su presencia es obligada en cualquier modelo de informe de cualquier servicio de salud (aunque el campo pueda quedar vacío en algún caso), y «**recomendable**» (R) cuando su presencia o no en los informes queda a criterio de cada comunidad autónoma ^{F9}. El RD 572/2023 suprimió ese artículo; hoy el anexo I dice que la columna CM/R indica si un campo es **obligatorio (CM, conjunto mínimo)** u **opcional (R, recomendado)** ^{F8}. Las comunidades autónomas y el INGESA adoptan necesariamente el conjunto mínimo y pueden añadir otras variables ^{F8}.

Terminologías. El anexo I vigente enumera las fuentes de valores codificados: entre ellas la **CIE**, la **CIAP** (atención primaria), **SNOMED CT** (la terminología clínica integral, multilingüe y codificada de mayor amplitud), **LOINC** (laboratorio), **HL7** (intercambio electrónico) y, para enfermería, **NANDA** (juicios clínicos o diagnósticos de las enfermeras), **NOC** (resultados) y **NIC** (intervenciones) ^{F8}. Para las comunidades que lo precisen se acepta **fusionar** el informe clínico de alta y el informe de cuidados de enfermería ^{F8}; ya en 2010 los contenidos del informe de cuidados podían integrarse en otros informes y dar lugar a **informes conjuntos del equipo médico-enfermero** ^{F9}.

EIR 2026 · 146

P1 · respuesta en el solucionario

Documentos que forman el CMDIC

Según el Real Decreto que aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, ¿cuáles de los siguientes documentos clínicos forman parte del Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos (CMDIC)?:

1. Informe clínico al alta, informe de laboratorio y registros de farmacia hospitalaria.
2. Informe clínico de consultas externas, informes del gasto por la atención y protocolos internos.
3. Informe clínico de atención primaria, informes de investigación médica y copias de las citas.
4. Resumen de historia clínica, informe clínico de urgencias e informe de cuidados de enfermería.

Dónde se usan. La **Historia Clínica Digital del SNS (HCDSNS)** está formada por estos mismos documentos: informe clínico de alta, de consulta externa, de urgencias y de atención primaria, **informe de cuidados de enfermería**, informes de resultados de pruebas de imagen, de laboratorio y de otras pruebas diagnósticas, e historia clínica resumida ^{F10}. Es un sistema que permite a las comunidades autónomas compartir información clínica relevante, disponible en soporte electrónico en cualquier servicio autonómico del SNS **a petición de los ciudadanos**; sus objetivos son garantizar la calidad asistencial y evitar repetir procedimientos innecesarios, permitir el acceso con independencia de dónde se generó la información y garantizar la privacidad, restringiendo la consulta a profesionales autorizados y permitiendo al paciente conocer los accesos ^{F11}.

4. El informe de cuidados de enfermería

El RD 1093/2010 es la norma que especifica los datos del **informe de cuidados de enfermería**, entre ellos los **diagnósticos enfermeros activos**, los **resultados** y las **intervenciones de enfermería** ^{F9}. En la redacción original (**anexo VII**) los diagnósticos, resueltos y activos, se registraban con **literal y código NANDA**, los resultados con **literal y código NOC** y las intervenciones con **literal y código NIC** ^{F9}. En la redacción vigente (**anexo IX**) los diagnósticos activos se codifican con **NANDA o SNOMED CT**, los resultados con **NOC o SNOMED CT** y las intervenciones con **NIC o SNOMED CT** ^{F8}.

El número

Informe de cuidados = **RD 1093/2010**, de 3 de septiembre de 2010: mil **noventa y tres**, año **2010** ^{F9}.

No confundir con la Ley 41/2002 ni la Ley 16/2003, que lo habilitan, ni con la Ley 11/2007, que solo cita su preámbulo ^{F8}.

EIR 2024 · 20

P4 · respuesta en el solucionario

RD 1093/2010: norma del informe de cuidados con NANDA-NOC-NIC

Indique la normativa donde se especifican los datos del informe de cuidados de enfermería en los que se encuentran, entre otros, los diagnósticos enfermeros activos, resultados de enfermería e intervenciones de enfermería:

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y sus normas de desarrollo.
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
4. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

EIR 2026 · 130

P18 · respuesta en el solucionario

RD 1093/2010: norma del informe de cuidados con NANDA-NOC-NIC

¿En qué Real Decreto se establece el uso de NANDA, NOC y NIC en el conjunto mínimo de datos del informe de cuidados de enfermería?:

1. Real Decreto 1093/2000.
2. Real Decreto 1093/2010.
3. Real Decreto 1083/2000.
4. Real Decreto 1083/2010.

La valoración: sin modelo obligatorio. En 2010, la variable «**Valoración activa**» (CM) tenía dos campos, «**Modelo de referencia utilizado**» y «**Resultados destacables**», ambos CM y en **texto libre**: debía reflejar la valoración enfermera más reciente, y se recomendaba especificar otras escalas o tests aplicados ajenos al modelo usado en la valoración general ^{F9}. El real decreto **no impone ningún modelo** (ni Henderson, ni Gordon,

ni Orem): obliga a **indicar cuál se ha usado** y los resultados destacables ^{F9}. La redacción vigente mantiene la idea: la subsección «Valoración de Enfermería» es obligatoria, con «Modelo de referencia utilizado» (CM) y «Datos destacables de la valoración» (CM), en texto libre ^{F8}.



Lo que más cae

Valoración en el informe de cuidados: **estructura libre**, pero hay que decir el **modelo de referencia** y los **resultados destacables** ^{F9}. Diagnósticos activos con **NANDA**, resultados con **NOC** e intervenciones con **NIC** (2010); hoy también **SNOMED CT** ^{F8 F9}.

Variable del informe de cuidados	2010, anexo VII ^{F9}	Vigente, anexo IX ^{F8}
Causas que generan la actuación enfermera	CM	CM
Antecedentes y entorno (enfermedades previas, intervenciones, fármacos, alergias, actuaciones preventivas, factores personales...)	CM (subapartados R)	«Antecedentes personales»: CM
Motivo de alta / derivación enfermera	CM	R («Motivo de alta»)
Protocolos asistenciales en los que está incluido	CM	R
Valoración activa: modelo de referencia y resultados destacables	CM	CM (modelo de referencia y datos destacables)
Diagnósticos enfermeros resueltos	Literal + código NANDA; CM / R	No figura
Diagnósticos enfermeros activos	Literal + código NANDA; CM / R	NANDA o SNOMED CT; subsección CM, campo R
Resultados de enfermería	Literal + código NOC; CM / R	NOC o SNOMED CT; R
Intervenciones de enfermería	Literal + código NIC; CM / R	NIC o SNOMED CT; R
Cuidador principal	CM / R	R (datos sociales)
Información complementaria / Observaciones	R (catéteres, prótesis, dietas especiales...)	R («Recomendaciones de cuidados enfermeros e información complementaria»)

En la tabla de 2010, «CM / R» significa que el anexo marca las dos letras en esa fila ^{F9}. Según la nota del anexo de 2010, un campo es CM cuando su presencia se considera **esencial**, aunque rellenar el valor no sea

obligatorio, y R cuando es **aconsejable pero no imprescindible** ^{F9}. De las variables «Protocolos asistenciales en los que está incluido», «Valoración activa», «Motivo de Alta/Derivación Enfermera» e «Información complementaria/Observaciones», en 2010 solo la última era **R**; las otras tres eran **CM** ^{F9}. En ese mismo bloque también eran solo R los subapartados de «Antecedentes y entorno» (enfermedades previas, intervenciones quirúrgicas, tratamientos farmacológicos, alergias, actuaciones preventivas y factores personales, familiares, sociales, culturales y laborales) ^{F9}.

EIR2017-051: qué dato es «recomendable»

La pregunta EIR2017-051 se basa en la redacción de **2010** del RD 1093/2010, en la que «Protocolos asistenciales en los que está incluido», «Valoración activa» y «Motivo de alta/derivación enfermera» eran **CM** y, de esas cuatro variables, solo «Información complementaria/Observaciones» era **R** ^{F9}. Desde el **RD 572/2023**, el anexo IX marca como **R** también «Protocolos asistenciales en los que está incluido» y «Motivo de alta», y la antigua información complementaria pasa a «Recomendaciones de cuidados enfermeros e información complementaria» (R) ^{F8}. Con la norma vigente, tres de las cuatro opciones serían recomendables; la respuesta oficial responde al texto de 2010.

EIR 2017 · 51

P10 · respuesta en el solucionario

RD 1093/2010: datos de conjunto mínimo

Según el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, los datos tienen carácter «conjunto mínimo» (CM) cuando su presencia es obligada en cualquier modelo de informe definido por cualquier servicio de salud. Son de carácter «recomendable» (R) cuando su presencia o no en los informes, queda a criterio de cada comunidad autónoma. Indique cuál de los siguientes datos es de carácter recomendable (R) en el Conjunto de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería :

1. Información complementaria/Observaciones.
2. Protocolos asistenciales en los que está incluido.
3. Valoración activa.
4. Motivo de Alta/Derivación Enfermera.

Historia clínica resumida. En 2010 también incluía los **diagnósticos enfermeros activos** (literal y código NANDA, los que figuren en la historia a la fecha de última actualización), además de resultados NOC e intervenciones NIC ^{F9}. Hoy su subsección «Cuidados» recoge los diagnósticos de enfermería activos (obligatoria) codificados con NANDA o SNOMED CT ^{F8}.

EIR2016-062: NANDA ya no es la única codificación

En EIR2016-062 la clave da por correctas las afirmaciones de que en el informe de cuidados y en la historia clínica resumida los diagnósticos enfermeros activos llevan **literal NANDA con su código**; así era en la redacción de **2010** ^{F9}. Desde el **RD 572/2023**, esos diagnósticos se codifican con **NANDA o SNOMED CT**, de modo que NANDA ya no es obligatoria ^{F8}. Lo que no ha cambiado es la afirmación falsa de la pregunta: el real decreto **nunca ha impuesto el modelo de Henderson** ni ningún otro para la valoración ^{F8 F9}.

EIR 2016 · 62

P14 · respuesta en el solucionario

RD 1093/2010: informe de cuidados sin modelo de valoración obligatorio

De acuerdo con el Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Tiene por objeto el establecimiento del conjunto mínimo de datos que deberán contener los documentos clínicos en cualquiera que sea el soporte, electrónico o papel.
2. Acerca del informe de cuidados de enfermería, se indica que el modelo enfermero obligatorio para guiar la valoración es el propuesto por Virginia Henderson.
3. En el informe de cuidados de enfermería deben aparecer, en los diagnósticos enfermeros activos, literal NANDA con su código.
4. En la historia clínica resumida deben aparecer, en los diagnósticos enfermeros activos, literal NANDA con su código.

EIR 2017 · 181

P7 · respuesta en el solucionario

RD 1093/2010: informe de cuidados sin modelo de valoración obligatorio

Respecto al conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, y concretamente en lo que respecta al Informe de Cuidados de Enfermería, señale la opción correcta respecto al registro de la valoración activa por la que actualmente se trata a una persona:

1. La valoración tiene que seguir la estructura de los Patrones Funcionales de Gordon.
2. La valoración tiene que seguir la estructura de los Requisitos de Autocuidado Universales de Orem.
3. La valoración tiene que seguir la estructura de las Necesidades Básicas de Henderson.
4. La valoración registrada no está obligada a seguir ninguna estructura predeterminada, pero debe indicar el modelo de referencia utilizado y los resultados destacables obtenidos.

5. CMBD y Registro de Actividad de Atención Especializada (RAE-CMBD)

Origen. En **1981**, en la Comisión de las Comunidades Europeas y con el auspicio de la Oficina Europea de la OMS, se definió el **Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) al alta hospitalaria** como un núcleo de información mínima y común sobre los episodios de hospitalización, base para la gestión, la planificación y la evaluación de los servicios y para la investigación epidemiológica y clínica ^{F12}. En **1987** el Consejo Interterritorial aprobó el CMBD, con datos administrativos y clínicos estandarizados por cada contacto asistencial para conocer la **morbilidad atendida** en los hospitales públicos y privados ^{F12}. Con los años se incorporaron el tipo de financiación (1998), el CIP de la tarjeta sanitaria y el servicio responsable del alta (2005) y la actividad ambulatoria ^{F12}.

Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero. Regula el **Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada**, con base en el actual CMBD (RAE-CMBD), y establece **su estructura y contenido** ^{F12}. Es un registro de naturaleza administrativa integrado en el **Sistema de Información Sanitaria del SNS** (art. 53 de la Ley 16/2003), adscrito a la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Ministerio ^{F12}. Derogó el Real Decreto 1360/1976, que obligaba a llevar un libro de registro de ingresos y altas ^{F12}.

Aspecto del RAE-CMBD	RD 69/2015 ^{F12}
Objetivos	a) Conocer la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de atención especializada y favorecer la investigación clínica, epidemiológica y de evaluación de servicios y resultados; b) dar a los registros autonómicos información para evaluar y controlar la atención; c) facilitar las estadísticas estatales e internacionales
Ámbito	Hospitales y centros ambulatorios de atención especializada, públicos y privados ; hospitalización, hospitalización a domicilio, hospital de día médico, cirugía ambulatoria, procedimientos ambulatorios de especial complejidad y urgencias
Unidad de registro	El contacto : atención prestada bajo la misma modalidad asistencial y de forma ininterrumpida por un proveedor a un paciente
Contenido	31 datos: identificación (CIP, n.º de historia), fecha de nacimiento, sexo, fechas de ingreso y alta, tipo de alta, ingreso y días en UCI, diagnóstico principal, diagnósticos secundarios con su marcador POA, procedimientos, morfología de neoplasias, centro...
Codificación	Diagnósticos con la CIE-10-ES diagnósticos y procedimientos con la CIE-10-ES procedimientos ; morfología de neoplasias con la CIE-O desde 2016
Datos prohibidos	Ideología, creencia, religión, origen racial y orientación sexual

El **diagnóstico principal** es la afección que, después del estudio necesario, se establece que fue la causa del contacto con el centro; los **diagnósticos secundarios** son los que coexisten con él o aparecen durante la

asistencia y pueden influir en la evolución o el tratamiento ^{F12}. El **marcador POA** indica si cada diagnóstico estaba **presente al ingreso** o sobrevino después ^{F12}.

Especializada, no primaria; CIE-10-ES, no CIE-9-MC

El RAE-CMBD recoge la actividad de **atención especializada**, no la de atención primaria ^{F12}. La clasificación de referencia es la **CIE-10-ES**; la CIE-9-MC solo aparece en el texto para la morfología de las neoplasias hasta 2015 ^{F12}. La norma que lo regula es el **RD 69/2015** ^{F12}.

EIR 2019 · 34

P5 · respuesta en el solucionario

RAE-CMBD: RD 69/2015

Respecto al Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. El RAE-CMBD se regula por el Real Decreto 69/2015.
2. La estructura y contenido del RAE-CMBD se regula en el Real Decreto 198/2014.
3. La clasificación de referencia para la codificación de datos clínicos en el RAE-CMBD es la CIE-9MC.
4. Es un objetivo del RAE-CMBD: Conocer la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de atención primaria y favorecer la realización de estudios de investigación clínica y epidemiológica.

6. Casuística (case-mix) y Grupos Relacionados por el Diagnóstico

La **casuística o case-mix** de un hospital son los distintos tipos de pacientes que trata ^{F13 F15}. Para medirla hacen falta **sistemas de clasificación de pacientes**, como los **Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD, también GDR)**, que el Ministerio define como un sistema de clasificación de pacientes que permite relacionar los distintos tipos de pacientes tratados en un hospital (es decir, su casuística) con el coste (consumo de recursos) de su asistencia ^{F13}. Su desarrollo proporcionó el **primer sistema operativo para definir y medir la complejidad del case-mix** de un hospital ^{F13 F15}.

Case-mix y sistema de clasificación

En sentido estricto, **case-mix** es la casuística (los tipos de pacientes atendidos) y los **GRD** son el **sistema de clasificación de pacientes** que la mide ^{F13 F15}. Por eso «case-mix» se asocia a la **clasificación de pacientes**, no a un concepto presupuestario, un protocolo ni un modelo de cuidados ^{F15}.

EIR 2018 · 20

P6 · respuesta en el solucionario

Case-mix: clasificación de pacientes

El término “Case-Mix” hace referencia a:

1. Un concepto presupuestario.
2. Un protocolo de atención sanitaria.
3. Un sistema de clasificación de pacientes.
4. Un modelo de cuidados.

Origen: Universidad de Yale. Los GDR se desarrollaron en la **Universidad de Yale** para facilitar una mejora de la calidad de la asistencia; su propósito original era medir el rendimiento de un hospital, el Yale New Haven Hospital ^{F14}. El diseño comenzó a **finales de los años sesenta** y se usaron al principio para analizar la calidad de la asistencia y la utilización de los servicios hospitalarios ^{F13 F15}; se desarrollaron en la Escuela de Organización y Gestión de Yale durante los años setenta, por encargo de la administración sanitaria federal de EE. UU. ^{F15}. El artículo que los define se firmó en 1980 (Fetter, Shin, Freeman, Averill y Thompson) ^{F16}. Su primera aplicación práctica fue el **pago prospectivo**: una cantidad fija por cada GDR y paciente tratado ^{F13}; la primera aplicación a gran escala fue en el estado de **Nueva Jersey** a finales de los setenta y, en **1983**, EE. UU. implantó un sistema nacional de pago prospectivo basado en GRD para Medicare ^{F15}.

Qué hacen. Clasifican a los pacientes en grupos que se pueden **comparar clínicamente**, con **duraciones de estancia y consumos de recursos similares** ^{F14}. El Ministerio enumera seis premisas: que se obtengan de **información rutinaria** (en España, del **CMBD**); **significación clínica** (medicamento interpretables); un **número de clases manejable**; **clasificación de cada episodio en una sola clase** (excluyentes); **isoconsumo** (cada grupo reúne casos con un consumo de recursos parecido); y utilización de otros procedimientos relevantes ^{F13}.

Paso	Cómo se asigna un GRD ^{F13}
1	Tras el alta, el diagnóstico principal sitúa el episodio en una Categoría Diagnóstica Mayor (CDM)
2	Se mira si hubo procedimiento quirúrgico : GRD médico o quirúrgico
3	Según la edad , las circunstancias al alta y/o los diagnósticos secundarios (complicaciones y comorbilidades), queda en un GRD definitivo

La versión de Medicare (MS-DRG) se define por el diagnóstico principal, los diagnósticos secundarios, los procedimientos quirúrgicos, la edad, el **sexo** y el estado al alta ^{F15}. Los **APR-GRD** (All Patient Refined) añaden a cada GRD dos criterios independientes, la **severidad** y el **riesgo de mortalidad**, estratificados en cuatro niveles: menor, moderado, mayor y extremo ^{F17}.

Pesos y usos. Cada GRD y nivel de severidad tiene un **peso relativo** basado en su coste; el **valor 1** representa el coste medio global ^{F17}. El **peso medio** de una unidad, grupo o proveedor es la media ponderada de los pesos de los GRD de todos sus pacientes ^{F17}; en 1999 el Ministerio llamaba **índice de case-mix** a la media de los pesos americanos de todos los GDR del hospital ^{F14}. El Ministerio calcula pesos y costes de referencia del SNS, que se usan, entre otros fines, para las tarifas de compensación del **Fondo de Cohesión**, los precios de facturación a terceros, la contratación de centros concertados y el análisis de resultados de coste ^{F18}.

Sigla	Qué es	No confundir con
GRD / GDR	Sistema de clasificación de pacientes (episodios de hospitalización) por identidad clínica y consumo de recursos, creado en Yale ^{F13 F14}	—
CMBD	Conjunto mínimo básico de datos de cada episodio o contacto; es la fuentes de la que se asignan los GRD ^{F12 F13}	El sistema de clasificación
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades, versión española de la ICD; codifica diagnósticos y procedimientos ^{F8 F12}	Un sistema de agrupación por consumo de recursos



Lo que más cae

GRD = sistema de clasificación de pacientes con episodios de hospitalización, desarrollado en la **Universidad de Yale** (Fetter y Thompson), que agrupa casos clínicamente similares y con **consumo de recursos parecido** a partir del CMBD ^{F13 F14 F16}.

GDR/GRD: sistema de clasificación de episodios de hospitalización

Un avance fundamental de la gestión tuvo lugar mediante la creación, por un equipo de la Universidad de Yale, de un sistema de clasificación de episodios de hospitalización, a los cuales se les denominó:

1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
2. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB).
3. Registro de Tiempos Médicos y Quirúrgicos (RTMQ):
4. Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR).
5. Estructura Funcional Quirúrgica-Médica (EFQM).

GDR/GRD: sistema de clasificación de episodios de hospitalización

Un avance fundamental de la gestión tuvo lugar mediante la creación, por un equipo de la Universidad de Yale, de un sistema de clasificación de episodios de hospitalización, a los cuales se les denominó:

1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
2. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB).
3. Registro de Tiempos Médicos y Quirúrgicos (RTMQ).
4. Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR).
5. Estructura Funcional Quirúrgica-Médica (EFQM).

GDR/GRD: sistema de clasificación de episodios de hospitalización

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, ¿a qué corresponden las iniciales GRD?:

1. Una red internacional de radiodiagnóstico basado en la telerradiología.
2. Los informes en línea que proporciona el sistema avanzado de información de algunos hospitales, sobre las previsiones de disponibilidad de camas, quirófanos y pruebas diagnósticas de alta tecnología.
3. Un informe elaborado por el Ministerio de Sanidad, en el que se recogen las conclusiones de un panel de expertos, que recomienda estrategias sobre Tecnología de la Información y de las Comunicaciones.
4. Un organismo, dependiente de la Organización Mundial de la Salud especializado en sistemas de información sanitaria.
5. Un sistema de clasificación de pacientes con episodios de hospitalización.

7. Salud digital: eSalud, telemedicina e inteligencia artificial

eSalud (e-health). El Observatorio Mundial de eSalud de la OMS la define en una frase: «eHealth is the use of information and communication technologies (ICT) for health», es decir, el uso de las **tecnologías de la información y la comunicación (TIC) para la salud** ^{F19}. La Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2005 adoptó la **resolución WHA58.28**, que estableció la estrategia de eSalud de la OMS ^{F19}; la resolución da la definición larga: el uso **costo-eficaz y seguro** de las TIC en apoyo de la salud y de ámbitos relacionados, incluidos los servicios de atención, la vigilancia, la literatura, la educación, el conocimiento y la investigación en salud ^{F20}.

Término	Definición de la OMS
Telemedicina	Literalmente, «curar a distancia»: prestación de servicios de salud, cuando la distancia es un factor crítico , por profesionales que usan las TIC para intercambiar información válida para el diagnóstico, el tratamiento y la prevención, la investigación y la formación continuada ^{F21}
Telesalud	Prestación de servicios de salud mediante TIC cuando pacientes y profesionales están separados por la distancia; la telemedicina es un componente de la telesalud, que es más amplia ^{F22}
mHealth	Práctica médica y de salud pública apoyada en dispositivos móviles (teléfonos, monitores de pacientes, asistentes personales y otros inalámbricos); es un componente de la eSalud ^{F23}

EIR 2017 · 180

P8 · respuesta en el solucionario

e-health: definición

El uso o aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para un amplio rango de aspectos relativos a la salud se denomina bajo el término :

1. i-health.
2. t-health.
3. tic-health.
4. e-health.

Estrategia de Salud Digital del SNS. La aprobó el pleno del Consejo Interterritorial el **2 de diciembre de 2021**, para el periodo **2021-2026**, con **cuatro objetivos estratégicos**: capacitar e implicar a las personas en el cuidado de su salud; maximizar el valor de los procesos; adoptar políticas de gestión y gobierno de los datos para disponer de información **interoperable** y de calidad y crear un **Espacio Nacional de Datos de Salud**; y adecuar el SNS a la sociedad actual con políticas de innovación orientadas a la **atención sanitaria 5P** ^{F24}. Las **5P** son **Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa** ^{F24}. Se desarrolla en tres líneas: servicios sanitarios digitales orientados a las personas, generalización de la interoperabilidad y analítica de datos ^{F24}.

Las 5P

Empieza por la **población** y acaba en la **participación**: Poblacional, Preventiva, Predictiva, Personalizada y Participativa ^{F24}. No incluye «promoción», «potenciadora», «profesionalización» ni «planificación».

EIR 2025 · 56

P19 · respuesta en el solucionario

Estrategia de Salud Digital: las 5P

Dentro del objetivo estratégico Innovación y atención sanitaria 5P, de la Estrategia de Salud Digital del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, las 5P corresponden a:

1. Preventiva, predictiva, personalizada, participativa y potenciadora.
2. Prevención, promoción, personalización, participación y profesionalización.
3. Poblacional, preventiva, predictiva, personalizada y participativa.
4. Población, participación, potenciación, personalización y planificación.

Limitaciones de la atención telemática. La OMS señala que las **personas con discapacidad** encuentran muchas barreras para acceder a la telemedicina: quien tiene una discapacidad visual puede no leer el texto ni usar plataformas no compatibles con sus ayudas técnicas, y quien tiene una discapacidad auditiva puede no comunicarse si no hay subtítulos ni control de volumen ^{F22}. La **escasa alfabetización digital** puede ser por sí sola un gran obstáculo de acceso ^{F22}. El Comité de Bioética de España añade que los grupos con peores resultados en salud (personas mayores, mujeres, personas en paro o migrantes) son los que menos usan las TIC, sin olvidar a las personas con **discapacidad neurosensorial**, intelectual o con limitaciones de comprensión por el idioma, y cita las limitaciones de los **exámenes físicos virtuales** y el aumento de las **disparidades en el acceso** ^{F25}.

- **Barreras legales:** para la OMS, las consideraciones legales son **un obstáculo importante** para implantar la telemedicina, incluido el riesgo de responsabilidad para los profesionales ^{F21}; algunos sistemas jurídicos exigen la presencia física simultánea para que el acto médico sea legalmente válido ^{F22}.
- **Falta de regulación:** el Comité de Bioética de España advierte que la falta de regulación puede aumentar la **incertidumbre y la frustración de los profesionales** y pide dotar a la telemedicina de soporte normativo y legal ^{F25}.
- **No lo resuelve todo:** la Estrategia de Salud Digital recuerda que no todos los pacientes pueden usar consultas telemáticas y que hay procesos o situaciones que no pueden atenderse por esta vía, con atención a la **brecha digital** ^{F24}; la no presencialidad puede afectar a la relación clínica ^{F25}.

Teleasistencia: limitaciones

Es cierto en relación con la teleasistencia o asistencia telemática:

1. Hoy en día, el acceso a las nuevas tecnologías por los pacientes no suele suponer una limitación.
2. Las limitaciones físicas de los pacientes son una dificultad para su uso.
3. La alta seguridad jurídica permite que la aceptación de su uso por los profesionales sea muy generalizada.
4. La tecnología ha conseguido solventar la práctica totalidad de las limitaciones de la no presencialidad.

Inteligencia artificial (IA). La OMS publicó en **2023** sus consideraciones reguladoras sobre la IA en salud, en **seis áreas**: documentación y transparencia; gestión del riesgo y enfoque de ciclo de vida; uso previsto y validación analítica y clínica; calidad de los datos; privacidad y protección de datos; y participación y colaboración ^{F26}. Entre los riesgos que hay que gestionar cita las amenazas de ciberseguridad y el **sesgo algorítmico** ^{F26}. Los sesgos, errores y datos ausentes pueden surgir, entre otras causas, de conjuntos de entrenamiento o validación **desiguales y no representativos** o del sesgo estructural de los sistemas donde se generan los datos; la falta de datos diversos (edad, raza, zonas geográficas) limita la generalización y la exactitud, y estos problemas pueden **propagar la desigualdad de acceso** y comprometer la seguridad ^{F26}. La documentación y la **transparencia** ayudan a generar confianza y a protegerse de los sesgos ^{F26}.



IA según la OMS (2023)

Uno de los principales riesgos que cita la OMS son los **sesgos**: datos de entrenamiento **no representativos** de poblaciones diversas que pueden propagar desigualdades ^{F26}. La transparencia y la participación de los interesados son **garantías** que la OMS recomienda, no riesgos ^{F26}.

Riesgos de la IA en salud según la OMS: sesgos

Según el documento de la Organización Mundial de la Salud sobre regulación de Inteligencia Artificial (IA) en salud (2023), uno de los principales riesgos de los sistemas de Inteligencia Artificial (IA) es:

1. El exceso de transparencia en los algoritmos que compromete secretos comerciales.
2. Los sesgos codificados en algoritmos que pueden perpetuar desigualdades, especialmente si los datos de entrenamiento no son representativos de poblaciones diversas.
3. La excesiva participación de pacientes en el diseño de sistemas de Inteligencia Artificial (IA).
4. Los sesgos de transparencia en los algoritmos que comprometen secretos comerciales y desigualdades poblacionales, así como sesgos por excesiva participación.

8. Informática básica y sistemas de información de enfermería

Hardware y software. El **hardware** es el ordenador en sí (la unidad central de proceso, **CPU**) y todos sus **periféricos de entrada y salida**, como monitores, discos, impresoras o escáneres ^{F27}. El **software** es el conjunto de programas, instrucciones y reglas informáticas que permiten ejecutar tareas en un dispositivo ^{F28}.

Memoria	Qué es
RAM (memoria de acceso aleatorio)	Memoria volátil : se usa para el almacenamiento dinámico y su contenido se pierde al quedarse sin energía ; en ella se ejecutan los programas ^{F29}
ROM (memoria de solo lectura)	Soporte pregrabado que solo puede leerse , no escribirse ^{F30}

EIR 2017 · 176

P9 · respuesta en el solucionario

Memoria RAM

Los ordenadores tienen una parte que sirve para almacenar el programa que se está ejecutando, sus datos y resultados intermedios mientras está encendido; siendo este almacenamiento de carácter temporal ya que se pierde al apagar el ordenador. Señale el nombre del elemento del hardware del ordenador al que se hace alusión:

1. RAM.
2. ROM.
3. CPU.
4. Pen Drive.

Bases de datos. Una base de datos es una colección lógica de información interrelacionada que se gestiona y almacena como una unidad ^{F27}. La OCDE define el **campo** como una columna de una tabla de la base de datos, y cada dato concreto de una persona (en su ejemplo, apellido, nombre, sexo y edad) como un subcomponente de su **registro** de datos ^{F27}. Un **fichero** es una colección organizada, ordenada y con nombre de registros ^{F27}. Los informes del RD 1093/2010 se describen igual: cada variable es un **campo**, obligatorio (CM) u opcional (R), con su formato; por ejemplo, **«Fecha de nacimiento», campo con formato FECHA** en los datos del paciente ^{F8}.

EIR 2016 · 204

P12 · respuesta en el solucionario

Bases de datos: campo

La historia clínica informatizada donde se ingresan los datos relativos a las personas a las que atiende y sus cuidados funciona como una base de datos. Usted está realizando la valoración global de Dolores a la que acaba de conocer, y le pregunta su fecha de nacimiento. Señale cómo se denomina el lugar donde ingresa el dato de información “fecha de nacimiento”:

1. Fila.
2. Columna.
3. Campo.
4. Fichero.

Red	Definición
LAN (Local Area Network, red de área local)	Red de pequeña amplitud geográfica , que suele limitarse a una oficina, una vivienda o un edificio ^{F31}
WAN (Wide Area Network, red de área amplia)	Red que da servicio a más usuarios que una LAN y se extiende por una zona geográfica mayor ^{F32}

EIR 2016 · 205

P11 · respuesta en el solucionario

Redes informáticas: WAN

Usted como enfermera trabaja para un hospital que pertenece a una red mayor de centros sanitarios. Dentro de su centro de trabajo, los ordenadores están interconectados para poder ver en todo momento la información que sea precisa para el adecuado cuidado de sus pacientes. Sin embargo, también están conectados a ordenadores de los otros centros sanitarios que conforman la red. Este tipo de red extendida que le permite visualizar datos que han sido insertados en ordenadores alejados físicamente, pero con los que su ordenador conforma una red, dan lugar a un tipo de red denominada:

1. LAN.
2. WAN.
3. Periférico.
4. Software.

Efectos de los sistemas de información de enfermería. Una revisión sistemática sobre la documentación electrónica de enfermería en hospitales de agudos concluye, con evidencia limitada (estudios antes-después sin grupo control), que **ahorra tiempo**, reduce las tasas de **errores de documentación**, las caídas y las infecciones, lo que posiblemente deja **más tiempo para el cuidado clínico** ^{F33}. Otra revisión encontró que los terminales a pie de cama y en el control de enfermería ahorran a las enfermeras un **24,5 % y un 23,5 %** de su tiempo de documentación, aunque concluye que reducir ese tiempo no suele conseguirse en los proyectos de historia electrónica ^{F34}.

La evidencia no es uniforme: una revisión de 2018 observó que, tras implantar la historia electrónica, el tiempo de documentación de enfermería pasó del **9 % al 23 %** de la jornada, aunque con la familiaridad con el sistema podría mejorar el flujo de trabajo ^{F35}. Y una revisión sobre la percepción de las enfermeras parte de que la **mala usabilidad** de la historia electrónica contribuye a aumentar la carga de trabajo y a los atajos que amenazan la seguridad del paciente, y concluye que hace falta rediseñarla para mejorar esa percepción ^{F36}.

EIR2016-197: ¿menos tiempo con los pacientes?

La clave de EIR2016-197 da por ventajas de los sistemas de información de enfermería el **aumento de la satisfacción** y la **reducción de errores por omisión**, y señala como incorrecta la **disminución del tiempo con los pacientes**. La revisión de 2019 respalda esa opción: la documentación electrónica ahorra tiempo, reduce los errores de documentación y posiblemente deja más tiempo para el cuidado clínico ^{F33}. La evidencia actual es contradictoria: el tiempo de documentación de enfermería puede aumentar tras la implantación ^{F35} y la mala usabilidad contribuye a aumentar la carga de trabajo ^{F36}; no se ha encontrado ninguna fuente que confirme el aumento de la satisfacción.

EIR 2016 · 197

P13 · respuesta en el solucionario

Sistemas de información de enfermería: ventajas

Señale la respuesta INCORRECTA. Los sistemas de información de enfermería suponen:

1. Aumento de satisfacción en el trabajo de la enfermera.
2. Reducción de los errores por omisión.
3. Disminución del tiempo que se pasa con los pacientes.
4. Aumento de la satisfacción en el trabajo.

Todas las preguntas del tema (17)

De la más reciente a la más antigua. Las respuestas, en el solucionario.

EIR 2026 · 146

P1 · respuesta en el solucionario

Según el Real Decreto que aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, ¿cuáles de los siguientes documentos clínicos forman parte del Conjunto Mínimo de Datos de los Informes Clínicos (CMDIC)?:

1. Informe clínico al alta, informe de laboratorio y registros de farmacia hospitalaria.
2. Informe clínico de consultas externas, informes del gasto por la atención y protocolos internos.
3. Informe clínico de atención primaria, informes de investigación médica y copias de las citas.
4. Resumen de historia clínica, informe clínico de urgencias e informe de cuidados de enfermería.

EIR 2026 · 75

P2 · respuesta en el solucionario

Según el documento de la Organización Mundial de la Salud sobre regulación de Inteligencia Artificial (IA) en salud (2023), uno de los principales riesgos de los sistemas de Inteligencia Artificial (IA) es:

1. El exceso de transparencia en los algoritmos que compromete secretos comerciales.
2. Los sesgos codificados en algoritmos que pueden perpetuar desigualdades, especialmente si los datos de entrenamiento no son representativos de poblaciones diversas.
3. La excesiva participación de pacientes en el diseño de sistemas de Inteligencia Artificial (IA).
4. Los sesgos de transparencia en los algoritmos que comprometen secretos comerciales y desigualdades poblacionales, así como sesgos por excesiva participación.

EIR 2025 · 23

P3 · respuesta en el solucionario

En el contexto de la gestión enfermera, ¿cuál es el objetivo principal de un cuadro de mando, considerando el desarrollo de sistemas de información, tecnologías de la información e inteligencia artificial (IA)?:

1. Proporcionar una herramienta de análisis centrada en la satisfacción del paciente, sin incorporar datos de otras áreas asistenciales.
2. Facilitar una toma de decisiones eficiente mediante la integración de indicadores clave, aprovechando sistemas de información avanzados, tecnologías de la información y herramientas de IA para optimizar la calidad asistencial, la eficiencia operativa y la gestión de recursos.
3. Desarrollar un sistema de evaluación financiera del personal de enfermería basado en algoritmos de IA que predican costos operativos futuros.
4. Generar informes estáticos y retrospectivos que cumplan con las regulaciones, sin utilizar las capacidades dinámicas de los sistemas de información modernos ni de la IA.

Indique la normativa donde se especifican los datos del informe de cuidados de enfermería en los que se encuentran, entre otros, los diagnósticos enfermeros activos, resultados de enfermería e intervenciones de enfermería:

1. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
2. Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos y sus normas de desarrollo.
3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
4. Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.

Respecto al Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada, con base en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (RAE-CMBD) señale cuál de las siguientes afirmaciones es correcta:

1. El RAE-CMBD se regula por el Real Decreto 69/2015.
2. La estructura y contenido del RAE-CMBD se regula en el Real Decreto 198/2014.
3. La clasificación de referencia para la codificación de datos clínicos en el RAE-CMBD es la CIE-9MC.
4. Es un objetivo del RAE-CMBD: Conocer la demanda asistencial y la morbilidad atendida en los dispositivos de atención primaria y favorecer la realización de estudios de investigación clínica y epidemiológica.

El término "Case-Mix" hace referencia a:

1. Un concepto presupuestario.
2. Un protocolo de atención sanitaria.
3. Un sistema de clasificación de pacientes.
4. Un modelo de cuidados.

Respecto al conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, y concretamente en lo que respecta al Informe de Cuidados de Enfermería, señale la opción correcta respecto al registro de la valoración activa por la que actualmente se trata a una persona:

1. La valoración tiene que seguir la estructura de los Patrones Funcionales de Gordon.
2. La valoración tiene que seguir la estructura de los Requisitos de Autocuidado Universales de Orem.
3. La valoración tiene que seguir la estructura de las Necesidades Básicas de Henderson.
4. La valoración registrada no está obligada a seguir ninguna estructura predeterminada, pero debe indicar el modelo de referencia utilizado y los resultados destacables obtenidos.

El uso o aplicación de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para un amplio rango de aspectos relativos a la salud se denomina bajo el término :

1. i-health.
2. t-health.
3. tic-health.
4. e-health.

Los ordenadores tienen una parte que sirve para almacenar el programa que se está ejecutando, sus datos y resultados intermedios mientras está encendido; siendo este almacenamiento de carácter temporal ya que se pierde al apagar el ordenador. Señale el nombre del elemento del hardware del ordenador al que se hace alusión:

1. RAM.
2. ROM.
3. CPU.
4. Pen Drive.

Según el Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, los datos tienen carácter «conjunto mínimo» (CM) cuando su presencia es obligada en cualquier modelo de informe definido por cualquier servicio de salud. Son de carácter «recomendable» (R) cuando su presencia o no en los informes, queda a criterio de cada comunidad autónoma. Indique cuál de los siguientes datos es de carácter recomendable (R) en el Conjunto de Datos del Informe de Cuidados de Enfermería :

1. Información complementaria/Observaciones.
2. Protocolos asistenciales en los que está incluido.
3. Valoración activa.
4. Motivo de Alta/Derivación Enfermera.

Usted como enfermera trabaja para un hospital que pertenece a una red mayor de centros sanitarios. Dentro de su centro de trabajo, los ordenadores están interconectados para poder ver en todo momento la información que sea precisa para el adecuado cuidado de sus pacientes. Sin embargo, también están conectados a ordenadores de los otros centros sanitarios que conforman la red. Este tipo de red extendida que le permite visualizar datos que han sido insertados en ordenadores alejados físicamente, pero con los que su ordenador conforma una red, dan lugar a un tipo de red denominada:

1. LAN.
2. WAN.
3. Periférico.
4. Software.

La historia clínica informatizada donde se ingresan los datos relativos a las personas a las que atiende y sus cuidados funciona como una base de datos. Usted está realizando la valoración global de Dolores a la que acaba de conocer, y le pregunta su fecha de nacimiento. Señale cómo se denomina el lugar donde ingresa el dato de información “fecha de nacimiento”:

1. Fila.
2. Columna.
3. Campo.
4. Fichero.

Señale la respuesta INCORRECTA. Los sistemas de información de enfermería suponen:

1. Aumento de satisfacción en el trabajo de la enfermera.
2. Reducción de los errores por omisión.
3. Disminución del tiempo que se pasa con los pacientes.
4. Aumento de la satisfacción en el trabajo.

De acuerdo con el Real Decreto 1093/2010 de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud, señale la afirmación INCORRECTA:

1. Tiene por objeto el establecimiento del conjunto mínimo de datos que deberán contener los documentos clínicos en cualquiera que sea el soporte, electrónico o papel.
2. Acerca del informe de cuidados de enfermería, se indica que el modelo enfermero obligatorio para guiar la valoración es el propuesto por Virginia Henderson.
3. En el informe de cuidados de enfermería deben aparecer, en los diagnósticos enfermeros activos, literal NANDA con su código.
4. En la historia clínica resumida deben aparecer, en los diagnósticos enfermeros activos, literal NANDA con su código.

Desde la perspectiva de la gestión sanitaria, ¿a qué corresponden las iniciales GRD?:

1. Una red internacional de radiodiagnóstico basado en la telerradiología.
2. Los informes en línea que proporciona el sistema avanzado de información de algunos hospitales, sobre las previsiones de disponibilidad de camas, quirófanos y pruebas diagnósticas de alta tecnología.
3. Un informe elaborado por el Ministerio de Sanidad, en el que se recogen las conclusiones de un panel de expertos, que recomienda estrategias sobre Tecnología de la Información y de las Comunicaciones.
4. Un organismo, dependiente de la Organización Mundial de la Salud especializado en sistemas de información sanitaria.
5. Un sistema de clasificación de pacientes con episodios de hospitalización.

Un avance fundamental de la gestión tuvo lugar mediante la creación, por un equipo de la Universidad de Yale, de un sistema de clasificación de episodios de hospitalización, a los cuales se les denominó:

1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
2. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB).
3. Registro de Tiempos Médicos y Quirúrgicos (RTMQ).
4. Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR).
5. Estructura Funcional Quirúrgica-Médica (EFQM).

Un avance fundamental de la gestión tuvo lugar mediante la creación, por un equipo de la Universidad de Yale, de un sistema de clasificación de episodios de hospitalización, a los cuales se les denominó:

1. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
2. Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMDDB).
3. Registro de Tiempos Médicos y Quirúrgicos (RTMQ):
4. Grupo de Diagnósticos Relacionados (GDR).
5. Estructura Funcional Quirúrgica-Médica (EFQM).

Preguntas que también podrían ser de este tema (5)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2026 · 130

P18 · respuesta en el solucionario

¿En qué Real Decreto se establece el uso de NANDA, NOC y NIC en el conjunto mínimo de datos del informe de cuidados de enfermería?:

1. Real Decreto 1093/2000.
2. Real Decreto 1093/2010.
3. Real Decreto 1083/2000.
4. Real Decreto 1083/2010.

EIR 2025 · 56

P19 · respuesta en el solucionario

Dentro del objetivo estratégico Innovación y atención sanitaria 5P, de la Estrategia de Salud Digital del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, las 5P corresponden a:

1. Preventiva, predictiva, personalizada, participativa y potenciadora.
2. Prevención, promoción, personalización, participación y profesionalización.
3. Poblacional, preventiva, predictiva, personalizada y participativa.
4. Población, participación, potenciación, personalización y planificación.

EIR 2021 · 52

P20 · respuesta en el solucionario

Es cierto en relación con la teleasistencia o asistencia telemática:

1. Hoy en día, el acceso a las nuevas tecnologías por los pacientes no suele suponer una limitación.
2. Las limitaciones físicas de los pacientes son una dificultad para su uso.
3. La alta seguridad jurídica permite que la aceptación de su uso por los profesionales sea muy generalizada.
4. La tecnología ha conseguido solventar la práctica totalidad de las limitaciones de la no presencialidad.

EIR 2019 · 215

P21 · respuesta en el solucionario

Entre los indicadores clave del Sistema Nacional de Salud, ¿cuáles son los que proporcionan información de referencia para el análisis de la oferta y distribución de recursos?:

1. Indicadores de utilización del sistema sanitario.
2. Indicadores estructurales.
3. Indicadores de calidad de la atención en el Sistema Nacional de Salud.
4. Indicadores de accesibilidad al sistema.

Al registrar los datos obtenidos durante la ejecución de los cuidados, lo apropiado es:

1. Tomarse un tiempo para hacer las anotaciones, después de una reflexión basada en lo que se recuerde.
2. Centrarse en los problemas y acontecimientos importantes que comunican lo que es diferente ese día en esa persona.
3. Recoger todo lo que se ha percibido sobre la respuesta, aunque sea subjetivo, por ser una información importante para el equipo.
4. Registrar todas las manifestaciones normales que presenta la persona.
5. Realizar las anotaciones de manera general, sin describir concreciones temporales que dificultarían la interpretación.

Solucionario

Nº	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 146	4	
P2	EIR 2026 · 75	2	
P3	EIR 2025 · 23	2	
P4	EIR 2024 · 20	4	
P5	EIR 2019 · 34	1	hoja del archivo oficial
P6	EIR 2018 · 20	3	hoja del archivo oficial
P7	EIR 2017 · 181	4	
P8	EIR 2017 · 180	4	
P9	EIR 2017 · 176	1	
P10	EIR 2017 · 51	1	
P11	EIR 2016 · 205	2	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2016 · 204	3	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2016 · 197	3	hoja del archivo oficial
P14	EIR 2016 · 62	2	hoja del archivo oficial
P15	EIR 2015 · 200	5	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2014 · 179	4	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2013 · 166	4	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2026 · 130	2	
P19	EIR 2025 · 56	3	
P20	EIR 2021 · 52	2	
P21	EIR 2019 · 215	2	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2014 · 29	2	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE-A-2003-10715). Texto consolidado, última actualización publicada el 31/07/2026. Arts. 53, 54 y 56. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715> · consultada 2026-09-27
- **F2** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014. · <https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F3** Bisbe J, Barrubés J. El Cuadro de Mando Integral como instrumento para la evaluación y el seguimiento de la estrategia en las organizaciones sanitarias. Rev Esp Cardiol. 2012;65(10):919-927. doi:10.1016/j.recesp.2012.05.014. · <https://www.revespcardiol.org/es-el-cuadro-mando-integral-como-articulo-S0300893212003831> · consultada 2026-09-27
- **F4** Bartolomé Benito E, et al. Primary care specific scorecards as management tools. J Healthc Qual Res. 2019;34(3):117-123. PMID 31129059 (resumen). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31129059/> · consultada 2026-09-27
- **F5** Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica (BOE-A-2002-22188). Texto consolidado, última actualización publicada el 01/03/2023. Arts. 3 y 14-18. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2002-22188> · consultada 2026-09-27
- **F6** OpenStax (Rice University). Fundamentals of Nursing, sección 14.5: Guidelines for Effective Documentation (incluye la tabla de principios de documentación de la ANA). 2024, CC BY-NC-SA 4.0. · <https://openstax.org/books/fundamentals-nursing/pages/14-5-guidelines-for-effective-documentation> · consultada 2026-09-27
- **F7** García Ramírez S, Navío Marco AM, Valentín Morganizo L. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nure Investigación. 2007;(28). · <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/download/335/326> · consultada 2026-09-27
- **F8** Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud (BOE-A-2010-14199). Texto consolidado con la redacción del Real Decreto 572/2023, de 4 de julio (en vigor desde el 06/07/2023): preámbulo, arts. 1 y 3, anexos I, II, IX y X. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2010-14199> · consultada 2026-09-27
- **F9** Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre. BOE núm. 225, de 16/09/2010. Texto original: arts. 1-3 y anexos VII y VIII. · <https://www.boe.es/boe/dias/2010/09/16/pdfs/BOE-A-2010-14199.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F10** Ministerio de Sanidad. Historia Clínica Digital del SNS: contenido de la HCDSNS (página web antigua, con el nombre de Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social; sin fecha visible). · <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/hcdsns/contenidoDoc/contenidos.htm> · consultada 2026-09-27
- **F11** Ministerio de Sanidad. Historia Clínica Digital del SNS: qué es y objetivos (página web, sin fecha visible). · <https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/historiaClinicaSNS/home.htm> · consultada 2026-09-27
- **F12** Real Decreto 69/2015, de 6 de febrero, por el que se regula el Registro de Actividad de Atención Sanitaria Especializada (BOE-A-2015-1235). Texto inicial (sin modificaciones), con la corrección de errores de 09/07/2015: preámbulo, arts. 1-6, disposición derogatoria y anexo II. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2015-1235> · consultada 2026-09-27

- **F13** Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto NIPE, capítulo 3: El proyecto NIPE y el proyecto «Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud». Sin año impreso (PDF de 2002). · <https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/06Capitulo3.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F14** Ministerio de Sanidad y Consumo. Análisis y desarrollo de los GDR en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 1999. · <https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/docs/analisis.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F15** Centers for Medicare & Medicaid Services (EE. UU.). Design and Development of the Diagnosis Related Group (DRG). PBL-038, abril de 2025. · [https://www.cms.gov/icd10m/fy2025-version42.1-fullcode-cms/fullcode_cms/Design_and_Development_of_the_Diagnosis_Related_Group_\(DRGs\).pdf](https://www.cms.gov/icd10m/fy2025-version42.1-fullcode-cms/fullcode_cms/Design_and_Development_of_the_Diagnosis_Related_Group_(DRGs).pdf) · consultada 2026-09-27
- **F16** Fetter RB, Shin Y, Freeman JL, Averill RF, Thompson JD. Case mix definition by diagnosis-related groups. Med Care. 1980;18(2 Suppl):iii,1-53. PMID 7188781; y Fetter RB, Thompson JD. Inventors of DRGs look at PPS now. Hospitals. 1992;66(13):136,138 (filiación: Yale University). PMID 1607165. · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7188781/> · consultada 2026-09-27
- **F17** Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Información Sanitaria. Registro de Atención Sanitaria Especializada RAE-CMBD. Manual de definiciones y glosario de términos. Marzo de 2023. · <https://estadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/D/rae-cmbd/rae-cmbd/manual-de-usuario/manual-de-usuario-rae> · consultada 2026-09-27
- **F18** Ministerio de Sanidad, Subdirección General de Información Sanitaria. Estimación de pesos y costes hospitalarios del SNS. Nota metodológica. Pesos y costes del SNS 2023. Diciembre de 2025. · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/CMBD/2023_nota_metodologica_costes.pdf · consultada 2026-09-27
- **F19** Organización Mundial de la Salud. Global Observatory for eHealth (página web, versión vigente en 2026). · <https://www.who.int/observatories/global-observatory-for-ehealth> · consultada 2026-09-27
- **F20** Organización Mundial de la Salud, 58.ª Asamblea Mundial de la Salud. Resolución WHA58.28: eHealth. 25 de mayo de 2005. · https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA58/WHA58_28-en.pdf · consultada 2026-09-27
- **F21** Organización Mundial de la Salud. Telemedicine: opportunities and developments in Member States. Report on the second global survey on eHealth (Global Observatory for eHealth series, vol. 2). 2010. · <https://iris.who.int/handle/10665/44497> · consultada 2026-09-27
- **F22** Organización Mundial de la Salud. Consolidated telemedicine implementation guide. 2022. · <https://iris.who.int/handle/10665/364221> · consultada 2026-09-27
- **F23** Organización Mundial de la Salud. mHealth: new horizons for health through mobile technologies (Global Observatory for eHealth series, vol. 3). 2011. · <https://iris.who.int/handle/10665/44607> · consultada 2026-09-27
- **F24** Ministerio de Sanidad, Secretaría General de Salud Digital, Información e Innovación para el SNS. Estrategia de Salud Digital del Sistema Nacional de Salud. 2 de diciembre de 2021. · https://www.sanidad.gob.es/areas/saludDigital/doc/Estrategia_de_Salud_Digital_del_SNS.pdf · consultada 2026-09-27
- **F25** Comité de Bioética de España. Informe sobre aspectos bioéticos de la telemedicina en el contexto de la relación clínica. Aprobado el 13 de junio de 2022. · https://comitedebioetica.isciii.es/wp-content/uploads/2023/10/CBE_Informe-sobre-aspectos-bioeticos-de-la-telemedicina-en-el-contexto-de-la-relacion-clinica.pdf · consultada 2026-09-27

- **F26** Organización Mundial de la Salud. Regulatory considerations on artificial intelligence for health. 2023. ISBN 978-92-4-007887-1. · <https://iris.who.int/handle/10665/373421> · consultada 2026-09-27
- **F27** OCDE. OECD Glossary of Statistical Terms. 2008 (entradas Hardware, Database, Field, Data item y Computer file). · https://www.oecd.org/content/dam/oecd/en/publications/reports/2008/09/oecd-glossary-of-statistical-terms_g1gh9ad7/9789264055087-en.pdf · consultada 2026-09-27
- **F28** INCIBE. Glosario de términos de ciberseguridad. Una guía de aproximación para el empresario. 2021 (entrada Software). · https://www.incibe.es/sites/default/files/contenidos/guias/doc/guia_glosario_ciberseguridad_2021.pdf · consultada 2026-09-27
- **F29** NIST. SP 800-101 Rev. 1: Guidelines on Mobile Device Forensics. 2014. · <https://nvlpubs.nist.gov/nistpubs/SpecialPublications/NIST.SP.800-101r1.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F30** NIST, Computer Security Resource Center. Glossary: read-only memory (ROM) (versión vigente en 2026). · https://csrc.nist.gov/glossary/term/read_only_memory · consultada 2026-09-27
- **F31** INCIBE. Glosario de términos de ciberseguridad. Una guía de aproximación para el empresario. 2021 (entrada LAN). · https://www.incibe.es/sites/default/files/contenidos/guias/doc/guia_glosario_ciberseguridad_2021.pdf · consultada 2026-09-27
- **F32** NIST, Computer Security Resource Center. Glossary: wide area network (WAN), según NIST SP 800-82r3 (versión vigente en 2026). · https://csrc.nist.gov/glossary/term/wide_area_network · consultada 2026-09-27
- **F33** McCarthy B, et al. Electronic nursing documentation interventions to promote or improve patient safety and quality care: A systematic review. J Nurs Manag. 2019;27(3):491-501. PMID 30387215 (resumen). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30387215/> · consultada 2026-09-27
- **F34** Poissant L, Pereira J, Tamblyn R, Kawasumi Y. The impact of electronic health records on time efficiency of physicians and nurses: a systematic review. J Am Med Inform Assoc. 2005;12(5):505-16. PMID 15905487 (resumen). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15905487/> · consultada 2026-09-27
- **F35** Baumann LA, Baker J, Elshaug AG. The impact of electronic health record systems on clinical documentation times: A systematic review. Health Policy. 2018;122(8):827-836. PMID 29895467 (resumen). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29895467/> · consultada 2026-09-27
- **F36** Park S, et al. A Systematic Review of Nurses' Perceptions of Electronic Health Record Usability Based on the Human Factor Goals of Satisfaction, Performance, and Safety. Comput Inform Nurs. 2024;42(3):168-175. PMID 38191474 (resumen). · <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38191474/> · consultada 2026-09-27
- **F37** Ministerio de Sanidad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Actualización año 2025. Metodología. · https://inclasns.sanidad.gob.es/doc/Metodologia_INCLASNS_V2.pdf?v=2.3 · consultada 2026-09-27
- **F38** Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos (BOE-A-2007-12352). Norma derogada, con efectos de 2 de octubre de 2016, por la Ley 39/2015. · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2007-12352> · consultada 2026-09-27

Pendiente de verificar

- Una fuente oficial que confirme que los sistemas de información de enfermería aumentan la satisfacción de la enfermera o reducen los «errores por omisión» (EIR2016-197): la revisión Cochrane sobre sistemas de registro de enfermería (Urquhart 2009, CD002099) hablaba de errores de transcripción y fue retirada en 2018. Buscar una revisión vigente.

- Una definición oficial de «cuadro de mando» específica de la gestión enfermera (Ministerio o servicio de salud): solo se han encontrado artículos de revista.
- Una guía oficial española (servicio de salud) de normas de registro de enfermería: se ha usado un artículo de revista (Nure Investigación, 2007) y OpenStax.
- Definición oficial de «periférico», de «CPU» como tal y de «registro = fila» en una base de datos: solo menciones indirectas (glosario de la OCDE).