Opositando

Procesos diagnósticos clínicos y productos ortoprotésicos

Volumen práctico

8 de noviembre de 2026

Síguenos en Instagram y entérate de nuestras últimas actualizaciones:

opositando.shop

Índice

1. Bloque 1: Gestión, organización y documentación de servicios sanitario-asistenciales 1
   - 1.1 Ejercicio 1 . . . 1
   - 1.2 Ejercicio 2 . . . 7
   - 1.3 Ejercicio 3 . . . 12
   - 1.4 Ejercicio 4 . . . 17
   - 1.5 Ejercicio 5 . . . 25
   - 1.6 Ejercicio 6 . . . 31
   - 1.7 Ejercicio 7 . . . 38
   - 1.8 Ejercicio 8 . . . 43
   - 1.9 Ejercicio 9 . . . 51
   - 1.10 Ejercicio 10 . . . 60
2. Bloque 2: Diseño de intervenciones de educación para la salud y comunicación con el paciente . . . 66
   - 2.1 Ejercicio 11 . . . 66
   - 2.2 Ejercicio 12 . . . 73
   - 2.3 Ejercicio 13 . . . 82
   - 2.4 Ejercicio 14 . . . 85
   - 2.5 Ejercicio 15 . . . 92
   - 2.6 Ejercicio 16 . . . 98
   - 2.7 Ejercicio 17 . . . 102
   - 2.8 Ejercicio 18 . . . 109
   - 2.9 Ejercicio 19 . . . 115
3. Bloque 3: Análisis epidemiológico, estadístico y evaluación de la calidad asistencial 120
   - 3.1 Ejercicio 20 . . . 120
   - 3.2 Ejercicio 21 . . . 123
   - 3.3 Ejercicio 22 . . . 132
   - 3.4 Ejercicio 23 . . . 138
   - 3.5 Ejercicio 24 . . . 147
   - 3.6 Ejercicio 25 . . . 155
   - 3.7 Ejercicio 26 . . . 158
   - 3.8 Ejercicio 27 . . . 165
   - 3.9 Ejercicio 28 . . . 173
4. Bloque 4: Evaluación de riesgos ambientales y planificación de medidas de salud ambiental . . . 179
   - 4.1 Ejercicio 29 . . . 179

4.2 Ejercicio 30 . . . 186
4.3 Ejercicio 31 . . . 196
4.4 Ejercicio 32 . . . 199
4.5 Ejercicio 33 . . . 205
4.6 Ejercicio 34 . . . 214
4.7 Ejercicio 35 . . . 217
4.8 Ejercicio 36 . . . 225
4.9 Ejercicio 37 . . . 233
5. Bloque 5: Gestión preanalítica, bioseguridad y control de calidad de muestras en el laboratorio clínico . . . 237
5.1 Ejercicio 38 . . . 237
5.2 Ejercicio 39 . . . 245
5.3 Ejercicio 40 . . . 251
5.4 Ejercicio 41 . . . 255
5.5 Ejercicio 42 . . . 260
5.6 Ejercicio 43 . . . 267
5.7 Ejercicio 44 . . . 271
5.8 Ejercicio 45 . . . 279
5.9 Ejercicio 46 . . . 288
6. Bloque 6: Aplicación de operaciones básicas y técnicas instrumentales de análisis de laboratorio . . . 291
6.1 Ejercicio 47 . . . 291
6.2 Ejercicio 48 . . . 296
6.3 Ejercicio 49 . . . 303
6.4 Ejercicio 50 . . . 308
6.5 Ejercicio 51 . . . 313
6.6 Ejercicio 52 . . . 321
6.7 Ejercicio 53 . . . 325
6.8 Ejercicio 54 . . . 331
6.9 Ejercicio 55 . . . 341
7. Bloque 7: Interpretación de determinaciones bioquímicas y patrones de alteración fisiopatológica . . . 344
7.1 Ejercicio 56 . . . 344
7.2 Ejercicio 57 . . . 352
7.3 Ejercicio 58 . . . 359
7.4 Ejercicio 59 . . . 363
7.5 Ejercicio 60 . . . 369
7.6 Ejercicio 61 . . . 376
7.7 Ejercicio 62 . . . 381
7.8 Ejercicio 63 . . . 386
7.9 Ejercicio 64 . . . 394
8. Bloque 8: Identificación anatómica y análisis de imágenes diagnósticas por regiones corporales . . . 398

8.1 Ejercicio 65 . . . 398
8.2 Ejercicio 66 . . . 403
8.3 Ejercicio 67 . . . 411
8.4 Ejercicio 68 . . . 413
8.5 Ejercicio 69 . . . 417
8.6 Ejercicio 70 . . . 424
8.7 Ejercicio 71 . . . 429
8.8 Ejercicio 72 . . . 434
8.9 Ejercicio 73 . . . 441
9. Bloque 9: Cálculo, protección y gestión segura de radiaciones y material radiactivo 444
9.1 Ejercicio 74 . . . 444
9.2 Ejercicio 75 . . . 450
9.3 Ejercicio 76 . . . 458
9.4 Ejercicio 77 . . . 462
9.5 Ejercicio 78 . . . 469
9.6 Ejercicio 79 . . . 480
9.7 Ejercicio 80 . . . 483
9.8 Ejercicio 81 . . . 488
9.9 Ejercicio 82 . . . 495
10. Bloque 10: Valoración funcional, indicación, adaptación y control de productos ortoprotésicos . . . 500
10.1 Ejercicio 83 . . . 500
10.2 Ejercicio 84 . . . 507
10.3 Ejercicio 85 . . . 515
10.4 Ejercicio 86 . . . 519
10.5 Ejercicio 87 . . . 527
10.6 Ejercicio 88 . . . 534
10.7 Ejercicio 89 . . . 537
10.8 Ejercicio 90 . . . 542
10.9 Ejercicio 91 . . . 550
11. Bloque 11: Diseño, elaboración e interpretación de prótesis dentales y aparatos de ortodoncia . . . 556
11.1 Ejercicio 92 . . . 556
11.2 Ejercicio 93 . . . 564
11.3 Ejercicio 94 . . . 572
11.4 Ejercicio 95 . . . 575
11.5 Ejercicio 96 . . . 581
11.6 Ejercicio 97 . . . 589
11.7 Ejercicio 98 . . . 592
11.8 Ejercicio 99 . . . 599
11.9 Ejercicio 100 . . . 607

1. Bloque 1: Gestión, organización y documentación de servicios sanitario-asistenciales

1.1 Ejercicio 1

Un centro de salud deriva a un paciente al servicio de traumatología hospitalaria para valoración de una lesión persistente de rodilla. La solicitud se emite electrónicamente, pero el hospital recibe datos clínicos incompletos y una identificación administrativa distinta de la registrada en atención primaria. El paciente ha autorizado el acceso asistencial a su información, aunque expresa preocupación por la confidencialidad. El responsable de admisión solicita al centro emisor la corrección antes de programar la prueba diagnóstica, pues existe riesgo de duplicidad de historia clínica y de retraso asistencial.

Explica el circuito documental y de información que debe seguirse para corregir la incidencia, garantizando continuidad asistencial, identificación inequívoca, trazabilidad y protección de datos.

Solución

Paso 1: Identificación y estrategia

El supuesto plantea una **incidencia documental y de interoperabilidad asistencial** entre atención primaria y atención especializada. No se trata de decidir el diagnóstico de la lesión de rodilla, sino de asegurar que la derivación, la información clínica y la identificación del paciente sean correctas antes de incorporar datos a la historia hospitalaria, programar una prueba o realizar actuaciones asistenciales.

Los problemas que deben identificarse desde el inicio son tres:

- Existe una **solicitud electrónica de derivación** con datos clínicos incompletos. Esto compromete la pertinencia de la valoración por traumatología, la priorización asistencial y la seguridad clínica.
- Existe una **discordancia de identificación administrativa** entre los sistemas de atención primaria y del hospital. Si se asigna erróneamente la solicitud a otra persona o se crea una nueva historia, pueden producirse duplicidades, mezcla de información clínica, retrasos y daños al paciente.
- El paciente muestra preocupación por la **confidencialidad**. Debe garantizarse que el acceso, corrección, consulta y transmisión de información se realicen exclusivamente por profesionales legitimados, con medidas de seguridad y trazabilidad.

Para resolver un supuesto semejante conviene aplicar una estrategia estable. Primero se preserva la seguridad del paciente y se evita incorporar información dudosa a una historia clínica. Después se verifica la identidad mediante los identificadores institucionales disponibles y se solicita una subsanación formal al centro emisor. A continuación se corrige la solicitud conservando la

trazabilidad de la incidencia, se valida la derivación en el hospital y se programa la prueba o consulta. Durante todo el proceso se aplican los principios de confidencialidad, minimización de datos, acceso restringido y registro de actividades.

Los conocimientos principales proceden del **Tema 7**, sobre documentación clínico-sanitaria, tramitación y empleo de la documentación; del **Tema 3**, referido a niveles asistenciales, coordinación y sistemas de información; del **Tema 21**, sobre aplicaciones informáticas y gestión de datos clínicos; y del **Tema 22**, sobre calidad asistencial, deontología y secreto profesional. También resultan aplicables la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, el Reglamento General de Protección de Datos y la Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Paso 2: Resolución razonada

Recepción de la solicitud y detección formal de la incidencia

La derivación electrónica recibida por el hospital debe quedar inicialmente registrada como **entrada de solicitud pendiente de validación**, no como una petición plenamente incorporada a una historia hospitalaria determinada. El responsable de admisión o la unidad correspondiente comprueba los datos administrativos, la procedencia, el servicio solicitado, la fecha, el profesional emisor y el contenido clínico mínimo necesario.

En este caso se detectan dos no conformidades: insuficiencia de información clínica y discordancia identificativa. La actuación correcta es **suspender la validación administrativa y la programación ordinaria**, sin eliminar la solicitud ni modificar unilateralmente sus datos. El documento electrónico recibido forma parte de la trazabilidad del proceso: debe conservarse con su fecha de recepción, centro emisor, usuario o sistema emisor y causa de la incidencia.

Esta suspensión no equivale a denegar la asistencia. Es una medida de seguridad orientada a impedir que una prueba o una cita se asocien a una persona equivocada. Si de la información disponible se dedujera una situación urgente, el circuito debe escalarse de inmediato al profesional responsable o al servicio de urgencias, pues la necesidad clínica prevalece sobre una demora administrativa evitable. En una lesión persistente de rodilla, habitualmente se seguirá el circuito ordinario, pero la prioridad debe decidirse según los datos clínicos corregidos y los protocolos de derivación vigentes.

Verificación de la identidad del paciente

La identificación inequívoca exige contrastar la información disponible con el **índice maestro de pacientes** del hospital y, cuando exista, con los sistemas corporativos o autonómicos de identificación sanitaria. No debe basarse en un único dato, como el nombre y apellidos, porque pueden existir homónimos, errores ortográficos, cambios de apellidos o variaciones en la documentación.

Se deben cotejar varios identificadores fiables: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, sexo, documento nacional de identidad o documento equivalente, número de tarjeta sanitaria, código

de identificación sanitaria autonómico, domicilio o teléfono cuando sea pertinente, y número de historia clínica si ya existe. La comprobación debe realizarla personal autorizado, dentro de los sistemas corporativos y sin divulgar datos innecesarios.

Si el hospital localiza una historia clínica compatible, no debe fusionar ni asignar automáticamente la solicitud mientras subsista una discordancia relevante. Debe verificarse la coincidencia mediante el centro emisor y, si es necesario, mediante comprobación directa con el paciente en un entorno que preserve su privacidad. El paciente puede acreditar su identidad con un documento válido y su tarjeta sanitaria, pero la validación no debe descansar exclusivamente en su manifestación verbal si los sistemas contienen datos discrepantes.

Si se constata que existen dos historias para la misma persona, se activa el procedimiento institucional de **detección y gestión de duplicidades**. La unificación o vinculación de registros ha de realizarla el personal competente de admisión, archivo o sistemas de información, siguiendo el protocolo del centro. Nunca debe borrarse una historia de forma informal ni trasladar manualmente información sin control. Deben preservarse los identificadores previos, documentarse la decisión de fusión y garantizarse que los documentos clínicos queden vinculados a la identidad válida.

Solicitud de subsanación al centro de salud emisor

El hospital comunica al centro de salud emisor la incidencia a través del canal corporativo seguro previsto para la coordinación asistencial. La comunicación debe limitarse a los datos indispensables: identificación de la solicitud, fecha, servicio destinatario, tipo de discrepancia detectada y necesidad de completar los datos clínicos requeridos. No procede utilizar canales personales, correos no corporativos o mensajería no autorizada.

La subsanación debe ser efectuada por el profesional emisor, o por quien esté habilitado conforme a la organización del centro de salud. Este profesional revisará la historia de atención primaria, confirmará la identidad del paciente y completará la información clínica relevante para traumatología. En una derivación por lesión persistente de rodilla, la información mínima útil comprende, según protocolo, el motivo de derivación, lateralidad de la rodilla afectada, evolución y duración, mecanismo lesional si se conoce, dolor y limitación funcional, exploración practicada, tratamientos realizados, antecedentes relevantes, pruebas previas y su resultado, sospecha clínica, prioridad y motivo concreto de la petición.

La corrección debe realizarse mediante una **adenda, rectificación o nueva versión de la interconsulta**, según permita la aplicación informática. La regla esencial es preservar la integridad documental: no se debe hacer desaparecer el documento original como si nunca hubiera existido. Debe poder conocerse qué dato se modificó, quién lo modificó, cuándo y cuál fue la causa. La rectificación clínica no puede alterar de forma opaca los registros anteriores; debe quedar asociada al episodio y al profesional responsable.

Cuando el error afecte al identificador administrativo, el centro emisor debe confirmar el identificador correcto en su propio sistema y, si procede, iniciar la rectificación en el registro poblacional o sistema de tarjeta sanitaria. No es suficiente con modificar el nombre en el texto libre de la derivación: debe corregirse el dato estructurado que permite la interoperabilidad entre sistemas.

Reenvío, validación hospitalaria y continuidad asistencial

Una vez corregida la derivación, el sistema debe transmitir al hospital la versión válida o la adenda vinculada a la solicitud inicial. El personal de admisión contrasta de nuevo los identificadores con el índice maestro de pacientes y verifica que la información clínica sea suficiente para tramitar la petición.

El servicio de traumatología, o la unidad de gestión correspondiente, valora la adecuación y prioridad de la derivación conforme a los protocolos asistenciales. Admisión programa la consulta o prueba diagnóstica únicamente después de que la identidad esté validada y la solicitud quede correctamente asociada a una única historia clínica. La cita se comunica al paciente por los canales autorizados, evitando revelar información clínica innecesaria en mensajes, llamadas a terceros o notificaciones visibles para personas no legitimadas.

La continuidad asistencial exige que el centro de salud pueda conocer el estado de la derivación y que el hospital emita posteriormente los informes de asistencia, resultados de pruebas y recomendaciones terapéuticas a través de los canales establecidos. El flujo de información debe ser proporcional a la finalidad asistencial: se comparten los datos necesarios para diagnosticar, tratar y dar seguimiento, no la totalidad de información disponible sin justificación.

Protección de datos, secreto profesional y trazabilidad

El tratamiento de los datos clínicos en este supuesto está legitimado por la asistencia sanitaria y la gestión de los sistemas y servicios sanitarios. Aunque el paciente haya autorizado el acceso asistencial, conviene precisar en un examen que, en el contexto de la atención sanitaria, el tratamiento no depende exclusivamente del consentimiento como base jurídica. La normativa permite el tratamiento de datos de salud cuando es necesario para fines de diagnóstico, asistencia o gestión sanitaria, con las garantías legalmente exigibles.

La autorización o información al paciente sigue siendo relevante para reforzar la transparencia y la confianza. Debe explicársele, con lenguaje comprensible, que sus datos serán consultados únicamente por profesionales que intervengan en su atención o gestión necesaria; que la incidencia se está corrigiendo precisamente para evitar errores de identificación; y que puede ejercer sus derechos conforme a la normativa aplicable.

La confidencialidad se concreta en medidas organizativas y técnicas. Los profesionales deben acceder solo a la información necesaria para su función, mediante credenciales personales e intransferibles. No pueden consultar historias por curiosidad, comentar datos en zonas comunes ni comunicar información a familiares sin legitimación. Las pantallas deben protegerse frente a accesos visuales indebidos y la documentación en papel, si la hubiera, debe custodiarse y destruirse mediante procedimientos seguros cuando corresponda.

La **trazabilidad** implica que el sistema conserve evidencia de los accesos, consultas, modificaciones, transmisiones y validaciones realizadas. Debe poder identificarse qué profesional o usuario accedió a la información, en qué fecha y hora, desde qué aplicación y qué actuación efectuó. Asimismo, el registro de incidencia debe reflejar la detección de la discordancia, la petición de subsanación, la respuesta del centro emisor, la validación final y la programación realizada.

Esta trazabilidad cumple una doble función. Por un lado, favorece la calidad y la continuidad del proceso asistencial; por otro, permite investigar accesos indebidos, reconstruir lo sucedido ante una reclamación y demostrar el cumplimiento de las obligaciones de seguridad y protección de datos.

Paso 3: Claves para el examen

Un error frecuente es afirmar que, ante cualquier discrepancia administrativa, debe cancelarse definitivamente la derivación. La respuesta correcta es más precisa: se debe **detener la validación o programación ordinaria**, abrir o registrar la incidencia y corregirla con prioridad, manteniendo la posibilidad de adoptar medidas urgentes si la situación clínica lo exige.

También es habitual confundir identificación con filiación. La filiación incluye datos como nombre, apellidos, fecha de nacimiento o domicilio. La identificación inequívoca requiere contrastar varios datos y, especialmente, utilizar los identificadores sanitarios y el índice maestro de pacientes. El nombre por sí solo no evita una confusión entre pacientes.

Debe evitarse proponer que admisión modifique por iniciativa propia los datos clínicos de la derivación. Admisión puede verificar datos administrativos y gestionar la incidencia, pero la información clínica debe ser completada o rectificada por el profesional asistencial competente del centro emisor. Cada profesional debe actuar dentro de sus atribuciones.

Otro fallo frecuente es sostener que hay que borrar el documento erróneo y emitir otro sin más. En documentación clínica y protección de datos, la corrección debe respetar la **integridad y trazabilidad**: se conserva el registro inicial y se incorpora una rectificación, adenda o versión posterior identificable. Corregir no significa ocultar la existencia del error.

Respecto a la confidencialidad, una respuesta insuficiente se limita a decir que los datos son privados. Conviene mencionar medidas concretas: acceso por perfil profesional, necesidad de conocer, credenciales individuales, canales seguros de comunicación, registro de accesos, custodia documental y prohibición de divulgación no autorizada. Ello demuestra dominio práctico de la materia.

En relación con el consentimiento, es recomendable evitar una afirmación simplista como "solo puede accederse a la historia si el paciente firma un consentimiento". En la asistencia sanitaria, el acceso de los profesionales implicados está legitimado por la finalidad asistencial y limitado por el principio de necesidad. Lo decisivo es que el acceso sea pertinente, proporcional, seguro y realizado por personal autorizado.

Para presentar una respuesta ordenada en el examen, conviene seguir el orden temporal del proceso: detectar la incidencia, inmovilizar la tramitación insegura, verificar identidad, solicitar subsanación, corregir con trazabilidad, validar, programar y comunicar. Al final se añaden las garantías transversales: confidencialidad, secreto profesional, minimización de datos, registro de accesos y continuidad asistencial.

Paso 4: Qué debes aprender

Debes dominar que la documentación clínica no es un mero trámite administrativo. Una solicitud de derivación enlaza niveles asistenciales, orienta decisiones clínicas, permite priorizar y asegura la continuidad de cuidados. Por ello debe ser completa, veraz, legible en su soporte electrónico, atribuible a un profesional y correctamente vinculada al paciente.

Ante discordancias de identidad, la regla práctica es no asociar de manera automática documentos o actuaciones a una historia hasta comprobar la identidad mediante varios identificadores y los sistemas institucionales disponibles. La prevención de duplicidades de historia clínica es una medida esencial de seguridad del paciente, no solo una tarea administrativa.

Debes saber diferenciar responsabilidades. El profesional emisor completa o rectifica el contenido clínico; admisión verifica la identidad administrativa, registra y canaliza incidencias y programa tras la validación; los servicios clínicos valoran la adecuación y prioridad; y las unidades competentes gestionan formalmente las duplicidades de historia. Todos deben actuar con acceso limitado a su función.

También debes retener el principio de que toda rectificación debe ser **trazable**. Han de quedar constancia del documento inicial, de la incidencia detectada, de la persona que corrige, de la fecha, de la causa y de la validación posterior. La trazabilidad se complementa con los registros de acceso a la historia clínica.

Finalmente, debes integrar protección de datos y asistencia sanitaria. La confidencialidad exige secreto profesional, acceso por necesidad asistencial, seguridad de los sistemas, comunicaciones seguras y respeto de los derechos del paciente. La protección de datos no impide compartir la información necesaria entre atención primaria y especializada; exige que ese intercambio sea legítimo, limitado a la finalidad asistencial, seguro y documentado.

1.2 Ejercicio 2

Diferencia la función administrativa del pedido, albarán y factura en la recepción de material sanitario.

Solución

Paso 1: Identificación y estrategia

El ejercicio pide **diferenciar la función administrativa** de tres documentos mercantiles empleados en el aprovisionamiento y la recepción de material sanitario: **pedido, albarán y factura**. Se encuadra principalmente en el Tema 9, relativo a documentación de compraventa, y se relaciona con el Tema 8, sobre gestión de almacenes sanitarios y control de existencias.

No se trata solo de definir los documentos. La clave es explicar qué papel cumple cada uno dentro de una misma operación de compra y, especialmente, qué se comprueba con cada documento cuando llega el material al almacén, laboratorio, farmacia, gabinete o unidad asistencial.

La estrategia adecuada consiste en situar los documentos en su secuencia lógica. Primero, el centro sanitario solicita o formaliza la adquisición; después, el proveedor entrega el material y se verifica su conformidad; finalmente, se documenta y exige el pago. A partir de esa secuencia se identifica la función específica de pedido, albarán y factura.

Paso 2: Resolución razonada

El pedido: documento de solicitud y autorización de la compra

El **pedido** es el documento mediante el cual el comprador, por ejemplo un hospital, laboratorio clínico, servicio de radiodiagnóstico, ortopedia o farmacia, solicita al proveedor el suministro de determinados artículos en unas condiciones concretas.

Su función administrativa principal es **iniciar y formalizar la operación de compra**. En el ámbito sanitario, sirve además para que la adquisición esté autorizada, se ajuste a las necesidades previstas y pueda ser controlada desde el punto de vista presupuestario y de existencias.

Antes de emitir un pedido, la unidad debe haber detectado una necesidad de reposición o adquisición. Esta necesidad puede derivar del stock mínimo, de una previsión de consumo, de una petición asistencial concreta o de la necesidad de disponer de material específico. Por ejemplo, un laboratorio puede pedir tubos de extracción, reactivos, controles y puntas de pipeta; un gabinete ortoprotésico, componentes protésicos, resinas o materiales de adaptación.

El pedido suele identificar, como mínimo, al comprador y al proveedor, la fecha, el número de pedido, los artículos solicitados, sus códigos o referencias, las cantidades, el precio o condiciones económicas pactadas, el lugar de entrega y las condiciones de transporte y pago. En material sanitario conviene que incluya una descripción suficientemente precisa para evitar errores entre

productos parecidos, así como requisitos de calidad, trazabilidad, lote, caducidad o condiciones de conservación cuando proceda.

Por tanto, al recibirse la mercancía, el pedido actúa como **referencia interna de lo que se había solicitado y autorizado**. Permite responder a preguntas como: ¿este material fue realmente pedido?, ¿la cantidad solicitada coincide con la entregada?, ¿la referencia suministrada es la aprobada?, ¿se respetan las condiciones pactadas?

El pedido no prueba que el material se haya entregado ni acredita por sí solo una deuda exigible. Expresa la voluntad de compra y constituye la base para contrastar los documentos posteriores.

El albarán: documento de entrega y conformidad material

El **albarán**, también denominado nota de entrega, es el documento que acompaña físicamente a la mercancía remitida por el proveedor. Su función administrativa esencial es **acreditar la entrega del material** y permitir que el receptor compruebe si dicha entrega se corresponde con lo solicitado.

En la recepción de material sanitario, la comprobación debe realizarse antes de firmar el albarán o, si no puede efectuarse íntegramente en ese momento, dejando constancia de que la recepción se produce pendiente de revisión. No debe confundirse la firma de recepción con una aceptación automática e incondicional del producto si aún no se han podido verificar cantidades, estado o condiciones técnicas.

La recepción comprende normalmente varias comprobaciones:

- **Comprobación documental:** se contrasta el albarán con el pedido: proveedor, número de pedido, referencias, artículos y cantidades.
- **Comprobación cuantitativa:** se verifica que el número de unidades, envases o cajas recibidas coincide con el indicado en el albarán y con lo solicitado.
- **Comprobación cualitativa:** se revisa que el producto sea el requerido, esté íntegro, no presente daños, responda a las especificaciones técnicas y sea apto para su uso.
- **Comprobación de requisitos sanitarios:** cuando corresponda, se revisan lote, fecha de caducidad, marcado o identificación aplicable, condiciones de transporte, temperatura de conservación, esterilidad, integridad del envase y documentación de trazabilidad.

Tras una recepción conforme, el albarán firmado acredita que el material ha sido entregado y aceptado en los términos comprobados. Además, sirve como soporte para registrar la entrada de existencias en el sistema de almacén y para realizar la posterior conciliación con la factura.

Si se detectan incidencias, como falta de unidades, deterioro, error de referencia, caducidad insuficiente o incumplimiento de la cadena de frío, debe anotarse una reserva o incidencia y comunicarse al proveedor conforme al procedimiento establecido. En ese caso, el albarán documenta una entrega, pero no necesariamente una recepción plenamente conforme.

El albarán no sustituye a la factura, porque su finalidad no es liquidar económicamente la operación. Tampoco equivale al pedido, ya que no expresa la solicitud inicial, sino la entrega efectiva realizada por el proveedor.

La factura: documento económico, fiscal y de pago

La **factura** es el documento emitido por el proveedor que detalla y cuantifica económicamente los bienes suministrados. Su función administrativa principal es **justificar la obligación de pago del comprador**, siempre que el suministro se haya realizado correctamente y que sus datos sean conformes con el pedido y el albarán.

La factura identifica a vendedor y comprador, incorpora un número y fecha de expedición, describe los bienes o servicios facturados, indica cantidades, precios unitarios, descuentos, bases imponibles, tributos aplicables, importe total y condiciones de pago. Su contenido tiene relevancia contable, fiscal y presupuestaria.

En la recepción administrativa no debe tramitarse una factura únicamente porque haya sido recibida. Es preciso comprobar la concordancia entre los tres documentos. La revisión responde a tres preguntas complementarias:

- El **pedido** acredita qué se solicitó y autorizó comprar.
- El **albarán** acredita qué se entregó realmente y en qué condiciones fue recibido.
- La **factura** acredita qué importe reclama el proveedor por aquello que se ha suministrado.

La factura será correcta si refleja las cantidades efectivamente recibidas y aceptadas, los artículos solicitados y los precios, descuentos e impuestos acordados. Si, por ejemplo, se pidieron cien unidades, se entregaron noventa y la factura incluye cien, el pago no debe tramitarse por cien unidades sin aclarar la discrepancia. Debe reclamarse la unidad pendiente, emitirse una factura rectificativa o aplicarse la solución administrativa prevista.

La comprobación económica puede expresarse de forma general como:

$$\text{Total factura} = \text{base imponible} - \text{descuentos} + \text{tributos aplicables}$$

Si existen varios artículos, la base imponible se obtiene sumando los importes de cada línea, una vez aplicados, en su caso, los descuentos comerciales:

$$\text{Base imponible} = \sum(\text{cantidad aceptada} \times \text{precio unitario}) - \text{descuentos}$$

Estas expresiones muestran por qué la factura se vincula al pago y a la contabilidad, mientras que el albarán se vincula a la entrada física de material y el pedido a la autorización y planificación de la compra.

Aplicación integrada a la recepción de material sanitario

Puede ilustrarse el proceso con un caso habitual. Un laboratorio autoriza la compra de reactivos y emite un pedido con sus referencias, cantidades y condiciones de conservación. El proveedor

entrega los reactivos acompañados de un albarán. El personal receptor verifica que las referencias son correctas, que se han recibido las cantidades indicadas, que los envases no están deteriorados y que los lotes y caducidades son adecuados. Si todo es conforme, registra la entrada en almacén y valida el albarán según el procedimiento interno.

Posteriormente llega la factura. Administración o la unidad responsable compara su contenido con el pedido y el albarán. Si coinciden los productos, cantidades, precios y condiciones pactadas, se conforma la factura y se tramita el pago. Si no coinciden, se suspende o corrige su tramitación hasta resolver la incidencia.

Así, la secuencia administrativa completa es: el pedido **ordena y autoriza adquirir**; el albarán **documenta y permite comprobar la entrega física**; la factura **liquida económicamente y justifica el pago**.

Paso 3: Claves para el examen

Un error frecuente es limitarse a definiciones muy breves, como afirmar que el pedido sirve para pedir, el albarán para entregar y la factura para cobrar. Aunque la idea básica es correcta, en una oposición debe explicarse la **función administrativa**, el momento de uso y el control que permite realizar cada documento.

También es habitual confundir el albarán con la factura. Debe recordarse que el albarán acompaña a los bienes y acredita su entrega; la factura contiene la liquidación económica y fundamenta el pago. Una firma de albarán no equivale, sin más, a haber revisado la factura ni a aceptar una cantidad facturada que no coincide con la recibida.

En el contexto sanitario se debe añadir valor técnico a la respuesta. No basta con contar cajas: en la recepción de ciertos productos hay que verificar integridad del embalaje, identificación, lote, caducidad, condiciones de conservación, esterilidad o trazabilidad. Estos controles son especialmente relevantes para reactivos, productos sanitarios, material estéril, medicamentos, material implantable o productos termolábiles.

Para presentar una respuesta clara, conviene seguir el orden temporal de la operación de compraventa. Se puede dedicar un párrafo a cada documento indicando: qué es, cuándo interviene, cuál es su función administrativa y qué comprobación permite realizar. Finalmente, es recomendable cerrar con una frase que relacione los tres documentos y subraye que la conformidad para el pago exige su contraste.

Debe evitarse afirmar que el pedido acredita la recepción de la mercancía o que la factura prueba por sí sola que el material ha sido recibido conforme. Cada documento tiene un valor y una finalidad propios.

Paso 4: Qué debes aprender

Debes dominar la secuencia documental de una compra sanitaria y asociar cada documento a su función esencial. El **pedido** inicia, concreta y autoriza la adquisición; permite conocer lo que se

ha solicitado al proveedor. El **albarán** acredita la entrega material y permite comprobar la conformidad cuantitativa, cualitativa y sanitaria de los productos recibidos. La **factura** determina el importe exigible, tiene relevancia contable y fiscal y permite tramitar el pago.

En ejercicios similares, razona siempre desde el proceso: primero se planifica y solicita, después se recibe y verifica, y finalmente se contabiliza y paga. La comparación entre pedido, albarán y factura constituye un control básico frente a errores de suministro, facturación indebida, pérdida de trazabilidad y desviaciones de stock o presupuesto.

Por último, adapta la respuesta al ámbito sanitario. Mencionar el control de lote, caducidad, estado del embalaje, condiciones de transporte y trazabilidad demuestra que se comprende que la recepción administrativa de material sanitario no es una mera operación mercantil, sino también una actuación relevante para la calidad y seguridad asistencial.

Opositando

Fin de la muestra

Has visto los dos primeros ejercicios de esta relación.

La relación completa, con todos los ejercicios resueltos paso a paso, está disponible en **opositando.shop**.

Síguenos en Instagram y entérate de nuestras últimas actualizaciones:

opositando.shop