

TRIBUNAL CALIFICADOR DEL PROCESO SELECTIVO CONVOCADO POR RESOLUCIÓN DEL DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE FECHA 28 DE ENERO DE 2025, PARA EL ACCESO POR TURNO LIBRE A 6 PLAZAS DE LA CATEGORÍA DE MÉDICO/A ESPECIALISTA EN MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PÚBLICA DEL AYUNTAMIENTO DE MADRID.

ANUNCIO

Concluido el plazo establecido en el anuncio publicado en el tablón de edictos el 2 de febrero de 2026, se han presentado reclamaciones al cuadernillo de preguntas y a la plantilla de respuestas correspondientes al primer ejercicio de las pruebas selectivas para el acceso a la categoría de Médico Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública.

El Tribunal de Selección del proceso selectivo citado, en su sesión celebrada el día 12 de febrero de 2026, ha adoptado los siguientes acuerdos al respecto:

PRIMERO: Se han formulado alegaciones e impugnado las preguntas 22, 27, 45, 64, 77, 81, 87, 88, 89, 104, 110, 112 y 127. A continuación se exponen tanto las alegaciones formuladas como las consideraciones realizadas por el tribunal:

Pregunta 22:

Se alega por un/a aspirante:

En materia de: a) Publicidad y propaganda. b) Suelo y subsuelo c) Transporte público y privado Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP).

Solicito la anulación de esta pregunta ya que la respuesta b) Suelo y Subsuelo no es correcta. Justificación Según la Ley 33/2011, General de Salud Pública, Título II, Capítulo II (Promoción de la Salud), Artículo 18. Comunicación en salud pública en su punto 3 "Los poderes públicos, en el ámbito de sus competencias, realizarán un control de la publicidad comercial para que se ajuste a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud, así como de recomendaciones públicas sobre la salud." El artículo Art. 3.b reconoce el Principio de Salud en todas las políticas. La autoridad sanitaria puede informar, asesorar o coordinar, pero no legislar en materias que son competencia de urbanismo (suelo y subsuelo) o movilidad (transporte público y privado AESAP).

Información de Firmantes del Documento



Añadir en cuanto a la respuesta C. Actualmente la AESAP no cuenta aún con un Estatuto aprobado y publicado que defina sus funciones y que entre estas incluyan realizar propuestas legislativas en transporte público y privado. Solo se ha publicado la Ley 7/2025, de 28 de julio, por la que se crea la Agencia Estatal de Salud Pública y se modifica la Ley 33/2011, de 4 de octubre, General de Salud Pública.

Una segunda persona aspirante alega, lo siguiente:

La Ley 33/2011 sí regula la publicidad con impacto en la salud (Artículo 18: Los poderes públicos, en el ámbito de sus competencias, realizarán un control de la publicidad comercial para que se ajuste a criterios de veracidad en lo que atañe a la salud, así como de recomendaciones públicas sobre la salud), pero no atribuye de forma expresa a las autoridades sanitarias una competencia general de “realizar propuestas legislativas” en esta materia. Por otro lado, suelo y subsuelo son competencia propia de urbanismo y medio ambiente, no atribuida normativamente a autoridades sanitarias. En cuanto a transporte público y privado es materia de movilidad y transportes, fuera del marco competencial sanitario, aunque pueda tener impacto en salud. Finalmente, la Agencia Estatal de Salud Pública no estaba creada ni operativa en el momento de aprobación de la Ley 33/2011, y su normativa no introduce una habilitación expresa que salve la pregunta. En consecuencia, solicito la anulación de la pregunta.

Estudiadas las alegaciones, el tribunal acuerda la anulación de la pregunta al ser este apartado correspondiente a la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, y por tanto no está incluida en las bases de la oposición

Pregunta 27:

Se alega por un/a aspirante:

Corrección de la respuesta correcta de la pregunta 27, dando como válida la b) Alto valor predictivo negativo, y no la a), dado que: en un cribado poblacional, el objetivo principal es descartar la enfermedad en la mayoría de la población sana. Por tanto, lo más importante es: Un alto valor predictivo negativo (VPN): Porque asegura que las personas con resultado negativo realmente no tengan la enfermedad y no pase desapercibido un sujeto realmente enfermo. Un buen cribado debe generar pocos falsos negativos. El VPN depende de la sensibilidad y de la baja prevalencia, típica en programas poblacionales. La literatura

Información de Firmantes del Documento



subraya que la sensibilidad y especificidad determinan la calidad del cribado y los valores predictivos reflejan su rendimiento.

El tribunal, estudiada la alegación y revisada la bibliografía, incluyendo la que aporta el/la aspirante, que revela que en un test diagnóstico es importante contar con un alto valor predictivo positivo, así como uno negativo, considera que la pregunta tiene dos respuesta válidas, respuestas a y b, por lo que debe anularse.

Pregunta 45:

Se alega por una persona aspirante:

La opción dada por correcta en la plantilla es la “b”. Sin embargo, aunque la opción “b” es cierta, también lo es la “a”. Un activo en salud es cualquier recurso o factor que mejora o mantiene la salud (en oposición a la mera evitación de la enfermedad). Véase por ejemplo la guía que proporciona la web del Ministerio de Sanidad. Además, la opción “a” especifica la perspectiva poblacional o comunitaria. La opción correcta debería ser, por tanto, la “c”, pues ambas opciones “a” y “b” son correctas.

Una segunda persona aspirante alega:

Las opciones a) y b) describen correctamente el concepto de “activo para la salud”, conforme al enfoque de activos en salud desarrollado en el marco de la Organización Mundial de la Salud y la promoción de la salud comunitaria. Tanto la consideración de los bienes o servicios que mejoran la salud o el bienestar, como el reconocimiento del recurso desde la perspectiva de las personas implicadas, forman parte del concepto de activo para la salud, siendo definiciones complementarias y no excluyentes. Esto puede ser referido en el artículo: Health assets in a global context: a systematic review of the literature, donde se define : “A health asset can be defined as any factor (or resource) which enhances the ability of individuals, groups, communities, populations, social systems and/or institutions to maintain health and wellbeing and to help to reduce health inequalities.” Así pues, considero que la opción correcta es la c), ya que ambas definiciones se ajustan al concepto de activo para la salud utilizado en los enfoques de salud comunitaria y promoción de la salud.

Siendo similares las dos alegaciones, este tribunal considera que, analizadas las alegaciones presentadas, en las que se solicita la modificación de la respuesta considerada correcta de la opción b) a la opción c), se desestiman dichas alegaciones,

Información de Firmantes del Documento



manteniéndose como correcta la opción b), por los motivos que se exponen a continuación.

El concepto de activo para la salud se enmarca en el modelo teórico de la salutogénesis y se desarrolla ampliamente en la Guía de Acción Comunitaria para Ganar Salud del Ministerio de Sanidad, documento de referencia en promoción de la salud comunitaria. Dicho enfoque introduce como elemento definitorio la mirada subjetiva de la comunidad, diferenciando claramente entre recursos y activos para la salud.

En este marco conceptual, un recurso para la salud se define como un bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población desde una perspectiva objetiva. Por el contrario, un activo para la salud es aquel recurso que es reconocido, valorado y utilizado como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas.

Esta distinción, se resume en el principio de que todo activo para la salud es un recurso, pero no todo recurso llega a ser un activo para la salud.

La opción a) describe un recurso para la salud, pero no incorpora el elemento diferencial del reconocimiento comunitario. En consecuencia, ambas opciones no son equivalentes y la opción c) no resulta correcta.

La opción b) es la única que recoge de forma precisa el criterio esencial que define a los activos para la salud, al hacer referencia expresa a la perspectiva de las personas implicadas, ajustándose plenamente al marco teórico vigente y a la bibliografía de referencia, entre la que destaca la definición propuesta por Morgan y Ziglio (2007).

Pregunta 64:

Se alega por un/a aspirante:

La opción correcta es, en mi opinión, la “b”, no la “c” que indica la plantilla. El contraste de hipótesis no “obtiene información” sobre la población, sino que busca inferir si los resultados de la muestra (en el caso concreto del enunciado, asociaciones) pueden ser interpretados como poblacionales dentro de la confianza que proporciona el error escogido (normalmente alfa igual a 0,05, por convención). El contraste de hipótesis no obtiene información como indica la opción “c”, sino que busca determinar si, con la confianza elegida, la información muestral puede ser trasladada a lo poblacional. La respuesta

Información de Firmantes del Documento



correcta debería por tanto ser la "b", no la "c", o en su caso ser anulada la pregunta.

Estudiada la alegación por el tribunal, se considera que el contraste de hipótesis tiene como "finalidad (...) obtener información sobre algún aspecto de la población (...) a partir de una muestra extraída de la misma población", manual "Psicología Matemática II" de Paula Lubin, Araceli Macià y Pilar Rubio de Lemus, 2005 (Podemos encontrar explicaciones parecidas en otros manuales como "Diseños de Investigación y Análisis de Datos de 2014). Saber si la media de la población es mayor o menor que la de la muestra, ya es en sí información (obtenida de contrastar hipótesis estadísticas). Además, la b) no es correcta porque está mal formulada, ya que expone que de la muestra podemos obtener "parámetros", concepto erróneo cuando nos referimos a muestras, donde los datos que obtenemos son "estadísticos", no parámetros. La opción a) es también errónea, ya que no se comparan conceptos ni objetivos de estudios en el contraste de hipótesis, sino hipótesis estadísticas. Por tanto la única opción correcta es la c) y no procede la anulación ni el cambio de respuesta correcta. Se desestima la alegación.

Pregunta 77:

Se alega por un/a aspirante:

"Navas (2001)", tal y como especifica el enunciado, no es una cita clara ni correcta (podría ser una referencia a una cita en formato APA pero en sí misma no referencia ningún documento concreto, sin proporcionar un título como sí que hacen otras preguntas). La pregunta parece referirse a un texto muy específico que no es de especial relevancia en la disciplina, lo que hace confuso el enunciado ante la falta de especificación de qué texto se trata. Solicito la anulación de la pregunta.

Estudiada la alegación por el tribunal, se considera que conocer las características de la referencia usada no determina el acceso al conocimiento del contenido de las alternativas. Aparte de eso, María José Navas Ara es una autora reconocida en el campo de la metodología. No sólo tenemos la obra coordinada por ella, de 2001 "Métodos, diseños y técnicas de investigación psicológica", sino que es referenciada y citada en otros manuales, como "Medición en ciencias sociales y de la salud", de 2011. Ambos manuales se encuentran disponibles actualmente. No procede por tanto la anulación de la pregunta y se desestima la alegación.

Información de Firmantes del Documento



Pregunta 81:

Se alega por un/a aspirante:

La plantilla específica que la opción correcta es la “c”, pero debería indicar “b”. La escala FUMAT es una escala de calidad de vida genérica, utilizada en personas mayores e incluyendo múltiples dimensiones de la salud, siendo una de las escalas de calidad de vida más utilizadas. Sin embargo, la opción “b” (perfil de salud de Nottingham) NO es una medida de calidad de vida, sino de percepción subjetiva de salud, otra dimensión diferente, también diseñada particularmente para adultos mayores (en general mayores de 65 años) y pacientes crónicos. Dado que el enunciado pregunta por cual no a una medida genérica de calidad de vida, y la “a” (SF-36) y la “c” (FUMAT) sí lo son, mientras que la b (perfil de salud de Nottingham) no lo es (por ser una medida de percepción subjetiva de salud), la opción correcta debería ser la “b”.

El tribunal, estudiada la alegación, se desestima al considerar que es correcta la respuesta c, por lo que no se modifica la plantilla, en base a las siguientes consideraciones:

El SF-36 es un cuestionario genérico de calidad de vida relacionada con la salud, de 36 ítems, que evalúa ocho dimensiones y permite obtener componentes físico y mental. El Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile, NHP/PSN) es un cuestionario genérico de calidad de vida relacionada con la salud, autoadministrado, que mide el estado de salud percibido en adultos, especialmente con enfermedad crónica o cierta afectación funcional. Es genérico, no específico de una patología, y se usa en investigación, clínica (rehabilitación, crónicos, geriatría, etc.) y encuestas de salud poblacionales.

La Escala FUMAT, a diferencia de las dos anteriores, no es genérica y está diseñada para evaluar la calidad de vida en personas mayores y en personas con discapacidad usuarias de servicios sociales.

En resumen, el menos genérico y que se aplica a una población específica es la Escala FUMAT, por lo que se mantiene como opción correcta la c.

Pregunta 87:

Se alega por una persona aspirante:

Solicito la anulación de esta pregunta ya que versa sobre competencias delegadas a la Subdirección de Adicciones del Organismo Autónomo Madrid

Información de Firmantes del Documento



Salud y las 3 opciones de respuesta igualmente incluyen actividades cuya responsabilidad es de la Subdirección General de Adicciones, no encontrándose ningún tema del temario que se desarrolle sobre la Subdirección de Adicciones y los programas que desarrollan.

Una segunda alegación señala:

En el modelo de intervención del Ayuntamiento de Madrid, la prevención y atención de las adicciones, incluidas las adicciones comportamentales como el juego de azar y las apuestas deportivas, se aborda de forma integrada y transversal. Tanto Opción Madrid, como programa marco de prevención de adicciones, como La Contrapartida, como línea específica de Madrid Salud, desarrollan actuaciones que inciden funcionalmente en la prevención del juego problemático y apuestas. Por su parte, PAD Night es un programa de prevención de adicciones en el ocio nocturno, aunque el PAD (Servicio de Prevención de Adicciones de Madrid Salud) también contempla la prevención el juego de azar y las apuestas deportivas. Al no existir una delimitación funcional exclusiva de una única estrategia, la pregunta admite más de una interpretación razonable, por lo que solicito su anulación

El tribunal, estudiadas las alegaciones, considera que la respuesta correcta es la c), incluida en la plantilla correctora, toda vez que la opción dada por esa respuesta (Opción Madrid), es una estrategia de todo el Ayuntamiento de Madrid, puesto que intervienen distintas áreas en la misma. “La Contrapartida” es una estrategia de la Subdirección General de Adicciones, y PAD Night, aunque también es una estrategia preventiva de la SG Adicciones, no va dirigida a juegos de azar y apuestas deportivas, sino a la prevención del consumo de sustancias en lugares de ocio. La alegación segunda debe desestimarse.

Por otra parte se considera que se encuentra en el temario, dentro del temario, concretamente en el tema 78, titulado “Prevención y control del alcoholismo. Prevención y control de otras adicciones: drogas ilegales y nuevas tecnologías. Programas de prevención”. No se considera por tanto que la pregunta se encuentre fuera del temario y se desestima la alegación.

Información de Firmantes del Documento



Pregunta 88:

Se alega por un/a aspirante:

Solicito la anulación de esta pregunta ya que versa sobre adicciones y son competencias delegadas a la Subdirección de Adicciones del Organismo Autónomo Madrid Salud.

Expongo que, en referencia a las bases específicas por las que se rige la convocatoria de pruebas selectivas para proveer plazas de personal funcionario de carrera de Médico/a Especialista (Medicina Preventiva/Salud Pública) del Ayuntamiento de Madrid contiene un anexo en el que se lista el programa de temas que rigen dicha convocatoria y ninguno de estos temas contiene temática sobre la Subdirección General de Adicciones o sobre su estrategia vigente (Plan de Adicciones 2022-2026).

Se desestima la reclamación presentada, pues se considera que la pregunta entra dentro del tema 78, titulado "Prevención y control del alcoholismo. Prevención y control de otras adicciones: drogas ilegales y nuevas tecnologías. Programas de prevención". Se aborda, por tanto, en el Programa de Prevención de Adicciones del Ayuntamiento de Madrid, aunque se desarrolle por la Subdirección General de Adicciones. Se justifica en el Plan de Adicciones de la ciudad de Madrid 2022-2026 (Pag 41 y 42): "A través de una matriz se definen tres perfiles de situación... que son los siguientes: Riesgo leve: personas con una situación de riesgo o vulnerabilidad sin una conducta problema instaurada o bien esta se detecta de una forma incipiente, las áreas o no están afectadas, o esta afectación es mínima. Riesgo moderado: personas que tienen una conducta problema activa con una evolución corta en el tiempo y con una o varias afectadas. Sin indicios de gravedad en áreas afectadas y en conducta problema. Riesgo grave de adicción: personas que tienen una conducta problema activa y/o con una afectación de las áreas o de la conducta problema que implica la posibilidad de trastorno adictivo."

Pregunta 89:

Se alega por un/a aspirante:

La opción "c" es correcta: las tasas ajustadas permiten precisamente eso: la comparación entre poblaciones con perfiles etarios muy diferentes. La opción "b", dada por buena en la plantilla, no es necesariamente correcta sin embargo, pues la supervivencia está influenciada por factores como el adelanto diagnóstico por cribados: países que criban a distintas edades tendrán diferencias que en realidad están alteradas por el sesgo de adelanto

Información de Firmantes del Documento



LUIS ALBERTO SILLERO GOMEZ - INSPECTOR DE SERVICIOS
URL de Verificación: https://csv.madrid.es/VECSV_WBCONSULTA/VerificarCove.do

Fecha Firma: 16/02/2026 09:18:14
CSV : CWINNVRZ2YDAOVWS



diagnóstico, sin suponer un mejor resultado en salud, por ejemplo. La opción correcta debería ser la "c" o la pregunta debería ser anulada.

Una segunda persona alega:

La opción c) constituye una afirmación correcta, ya que las tasas de supervivencia ajustadas por edad permiten realizar comparaciones válidas entre países y regiones con diferente estructura etaria, tal y como se reconoce en la epidemiología oncológica. Dado que la opción b) también es correcta, la pregunta admite más de una respuesta válida, por lo que solicito su anulación.

Siendo coincidentes en el fondo ambas alegaciones, el tribunal las estudia conjuntamente apreciando que Tal y como recoge el Manual SEOM de Prevención y Diagnóstico Precoz del Cáncer en la página 21: "La supervivencia de cáncer a nivel poblacional es un indicador clave de la efectividad del control del cáncer en los sistemas de salud".

El texto de la opción b) de la pregunta en cuestión se fundamenta literalmente en ese manual.

El Manual SEOM añade: "este indicador está muy influenciado por la agresividad del cáncer, por el estadio de la enfermedad en el momento del diagnóstico y el grado de efectividad del tratamiento". Estos factores amplían la información pero no cuestionan la validez de la afirmación recogida como opción b).

Se reclama como correcta la opción c, o en su defecto la anulación de la pregunta: "Las tasas ajustadas de supervivencia permiten establecer comparaciones entre países y regiones con una composición etaria muy diferente".

La tasa ajustada de supervivencia se utiliza para comparar la supervivencia de pacientes con cáncer con la de poblaciones estándar (mundial, europea...) no entre la población de países o regiones.

Tal y como aparece en el Glosario de REDECAN (Red Española de Registros de Cáncer) la tasa ajustada es una medida resumen de la tasa que una población determinada tendría si tuviera la misma estructura en un factor que la población considerada estándar. Se expresa generalmente como el número de (cánceres/defunciones) por cada 100.000 personas y año.

Por ello, debe mantenerse como correcta la respuesta b), desestimando ambas alegaciones.

Información de Firmantes del Documento



Pregunta 104:

Se alega por un/a aspirante:

La Red Europea de Ciudades Saludables e la Organización Mundial de la Salud en su IV fase de implementación contiene documentos clave entre los que se incluye la Carta de Belfast para Ciudades Saludables (Declaración política y compromisos de acción para la Fase VII de la Red Europea de Ciudades Saludables de la OMS). Documentos disponibles en:

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/ciudades/docs/RedEuropeaCiudadesSaludables_Fase_VII.pdf En la página 73 en el Recuadro 1 se listan los principios y valores de ciudades saludables incluye entre otros que no mencionaré:

“Equidad: reducir las desigualdades en salud y atender las necesidades de quienes se encuentran en situación de vulnerabilidad y desventaja social; la falta de equidad en este sentido hace referencia a situaciones de injusticia relativas al estado de salud, así como causas injustas y evitables de mala salud. El derecho a la salud se aplica a todos sin distinción de sexo, raza, creencias religiosas, orientación sexual, edad, discapacidad o circunstancia socioeconómica.”

Por lo tanto, el concepto de equidad incluye la igualdad de género.

“Solidaridad y amistad: trabajar en un espíritu de paz, amistad y solidaridad mediante el trabajo en red y el respeto y aprecio por la diversidad social y cultural de las ciudades del movimiento Ciudades Saludables.”

En una segunda alegación se expone:

El enfoque de Ciudades Saludables, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, no establece un listado cerrado y literal de principios o valores, sino un marco conceptual amplio basado en valores como la equidad, la cohesión social, la participación y la sostenibilidad. En el documento How to develop and sustain healthy cities in 20 steps, de la WHO, se cita que: “The core values of equity, sustainability and inclusiveness will endure...”. Asimismo, la opción c) hace referencia a un instrumento o ámbito de intervención (urbanismo planificado), no a un principio o valor. En consecuencia, dado que podrían considerarse válidas las respuestas a) Igualdad de género (alineada con los

Información de Firmantes del Documento



valores de equidad, justicia social e igualdad), y b) Solidaridad (valor asociado a la cohesión social), aunque no amistad, solicito su anulación.

Estudiadas las alegaciones, el tribunal considera que, el valor de equidad incluiría, entre otros, la igualdad en cuanto a género según el propio documento que aporta el/la aspirante, por lo que la pregunta debe ser anulada.

Pregunta 110:

Se alega por un/a aspirante:

En la “Guía de Escuelas Promotoras de Salud” de los Ministerios de Sanidad y Educación, Formación Profesional y Deportes, 2023, se nos presenta el ciclo para poder transformar la escuela en una Escuela Promotora de la Salud. ¿Qué acciones debemos tener en cuenta en la fase “Planificación para la Acción”?

- a) Definir la Misión y la Visión.
- b) Definir los recursos con los que se cuenta en el centro.
- c) Bosquejar respuestas ante los retos.

Solicito cambio como respuesta correcta la b) o anular la pregunta ya que la respuesta a no es correcta.

Justificación: La Guía de Escuelas Promotoras de Salud” de los Ministerios de Sanidad y Educación, Formación Profesional y Deportes, está disponible en este enlace

https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/escuela/docs/guia_EscuelasPromotorasdeSalud.pdf 7 En la fase de “planificación para la Salud, en el punto 2 Actuaciones de promoción de la salud, página 54, recomiendan para cada una de las actividades priorizadas la realización de una ficha con los siguientes apartados: Nombre de actuación/ Objetivos/ Metodología / Competencias clave/ Recursos necesarios/ Cronograma.

No se hace mención alguna en esta fase a “definir la Misión y la Visión” como afirma la respuesta a. Por lo tanto, considero que la respuesta correcta es la b (Definir los recursos con los que se cuenta en el centro) ya que se incluye la acción mencionada en la misma en la fase “Planificación para la acción”.

El tribunal, una vez estudiada la alegación considera que la respuesta a la pregunta se encuentra en el diagrama explicativo de la página 38 del documento mencionado. La opción a) Misión y Visión, aparece en el cuadro de la fase 3 "planificación para la

Información de Firmantes del Documento



acción", como recoge la pregunta. La opción b) definir los recursos con los que cuenta el centro, corresponde a la fase 2 "Análisis del punto de partida" y la opción c) bosquejar respuestas ante los retos, corresponde a la fase 1 "La puesta en marcha". Por lo tanto se mantiene la opción a) como correcta y se desestima la alegación.

Pregunta 112:

Se alega por un/a aspirante:

ONUSIDA no cuenta con una lista tasada y oficial de derechos sexuales y reproductivos, a diferencia de, por ejemplo, otros organismos internacionales como UNHCR o de documentos como los producidos en la convención de El Cairo. La pregunta debería, por tanto, anularse.

El tribunal considera que aceptando que son variadas las fuentes que describen listados de derechos sexuales y reproductivos, se pregunta específicamente por los enunciados por ONU-SIDA porque quedan recogidos en el documento del Programa de Salud Sexual y Reproductiva para la estrategia "Madrid, una ciudad saludable 2020-2023: 03_salud_sexual_y_reproductiva.pdf.

Teniendo en cuenta esta información no se acepta la anulación de la pregunta.

Pregunta 127:

Se alega por un/a aspirante:

El Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR): Trabaja para acortar el tiempo entre la detección de un riesgo y la decisión de control. Realiza la primera evaluación de riesgo para la salud pública a nivel local para proponer las medidas de respuesta adecuadas al nivel de riesgo. Canaliza notificaciones y consultas con la OMS y con la Comisión Europea.

Solicito la anulación de esta pregunta ya que las 3 respuestas son correctas. Justificación: Según el documento publicado por el Ministerio de Sanidad aprobado por el Pleno del Consejo Interterritorial Sistema Nacional de Salud el 21/03/2013, contempla como funciones las 3 respuestas:

a) Trabaja para acortar el tiempo entre la detección de un riesgo y la decisión de control. En el apartado "objetivos del sistema" los puntos 2 y 3 (pág. 4) explicitan la búsqueda de una comunicación rápida que facilite facilitando la adopción temprana de medidas de respuesta: 2. Evaluar rápidamente el riesgo para la salud pública Nacional o Internacional. 3. Proponer las medidas

Información de Firmantes del Documento



necesarias para prevenir, controlar y/o mitigar el efecto de los eventos de importancia para la Salud Pública lo más rápidamente posible.

b) Realiza la primera evaluación de riesgo para la salud pública a nivel local. En el apartado funcionamiento de sistema en su punto 3 Evaluación rápida del riesgo (página 7) dice “Dependiendo de la naturaleza del evento, la primera evaluación del riesgo se realizará a nivel autonómico, nacional, internacional o de forma conjunta”. Por lo tanto, sí puede de forma conjunta realizar la primera evaluación del riesgo a nivel local.

c) Canaliza notificaciones y consultas con la OMS y la Comisión Europea. En el apartado En el apartado funcionamiento de sistema en su punto 2.B) Comunicaciones al CEN desde otros sistemas y redes de vigilancia y alertas nacionales o internacionales (página 6) dice: “El CCAES, como Centro de Enlace Nacional del SIAPR [...] recibe los eventos de importancia para la salud pública notificados en el RSI-2005 y en el EWRS y la solicitud de verificaciones y consultas del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), la Comisión Europea y la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Estudiada la alegación por el tribunal, se acuerda la anulación de la pregunta al considerar que cada opción de respuesta se refiere a una función llevada a cabo un centro distinto, pero todos finalmente se integran en el Sistema Nacional de Alerta Precoz y Respuesta Rápida (SIAPR).

SEGUNDO: vistas las alegaciones presentadas respecto de las preguntas 22, 27, 104 y 127, esta última dentro de las preguntas de reserva, el tribunal acuerda anular las citadas preguntas, por los motivos que se citan en el apartado primero de este anuncio.

TERCERO: vistas las alegaciones presentadas respecto de las preguntas 45, 64, 77, 81, 87, 88, 89, 110 y 112 el tribunal acuerda desestimar las alegaciones expuestas en el apartado primero por los motivos que allí se citan.

CUARTO: El tribunal y en virtud de todo lo expuesto, acuerda modificar la plantilla de respuestas correctas publicada en el Tablón de Edictos con fecha 2 de febrero de 2026 y proceder a la publicación de la plantilla definitiva, que se adjunta al presente anuncio como ANEXO.

Información de Firmantes del Documento



LUIS ALBERTO SILLERO GOMEZ - INSPECTOR DE SERVICIOS
URL de Verificación: https://csv.madrid.es/VECSV_WBCONSULTA/VerificarCove.do

Fecha Firma: 16/02/2026 09:18:14
CSV : CWINNVRZ2YDAOVWS



Por lo tanto, dado que han sido anuladas las preguntas números 22, 27 y 104 del cuestionario, se evaluarán en la corrección las preguntas 121, 122 y 123, previstas como reserva para el supuesto de anulación de preguntas en las bases específicas del proceso.

Contra el presente acuerdo, las personas interesadas podrán interponer recurso de alzada, previo al contencioso-administrativo, ante la Dirección General de Planificación de Recursos Humanos, en el plazo de un mes a contar desde el día siguiente a su publicación en el tablón de edictos del Ayuntamiento de Madrid, de conformidad con lo previsto en los artículos 121 y 122 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

La publicación de este acto se realiza de conformidad con lo dispuesto en el artículo 45.1.b) de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

Todo lo cual se hace público a los efectos oportunos y para general conocimiento.

Firmado electrónicamente
EL SECRETARIO DEL TRIBUNAL CALIFICADOR
Luis Alberto Sillero Gómez

Información de Firmantes del Documento



LUIS ALBERTO SILLERO GOMEZ - INSPECTOR DE SERVICIOS
URL de Verificación: https://csv.madrid.es/VECSV_WBCONSULTA/VerificarCove.do

Fecha Firma: 16/02/2026 09:18:14
CSV : CWINNVRZ2YDAOVWS

