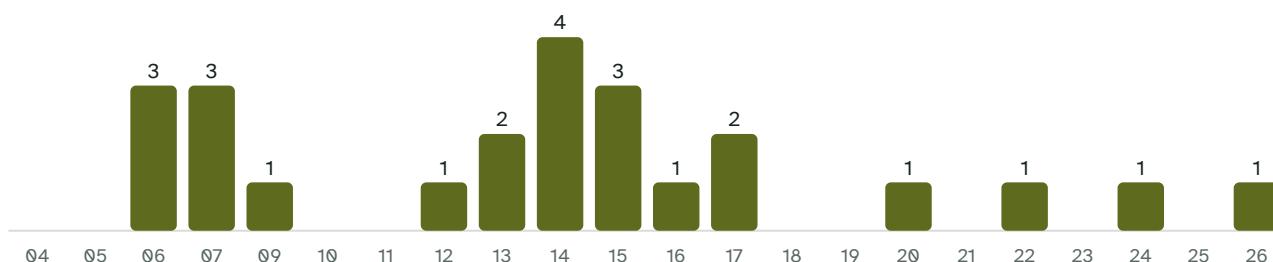


Atención primaria y equipo

La atención primaria es el nivel básico e inicial del sistema sanitario y la puerta de entrada de la población. En el EIR caen sus textos fundadores (la Declaración de Alma-Ata de 1978 y la de Astaná de 2018), la reforma española que arrancó con el Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud de 1984, la zona básica, el centro de salud y el Equipo de Atención Primaria, la cartera de servicios, los indicadores de actividad (frecuentación, presión asistencial) y el papel de la enfermera: enfermera de familia, especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y gestión de casos. Cada vez más, también la participación comunitaria y la orientación comunitaria de la AP en tres niveles.

Apuntes para el EIR · versión 2026-09-28 · **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



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

Lo más repetido

- Niveles de salud comunitaria en AP: nivel 2 (grupal) (2 exámenes)
- Enfermera gestora de casos: funciones (2 exámenes)
- Conferencia de Alma-Ata (1978): identificación y año (2 exámenes)
- Definición de Atención Primaria de Salud (Alma-Ata) (2 exámenes)
- Participación comunitaria: definición OMS (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. La atención primaria de salud: Alma-Ata (1978) y Astaná (2018)	7
2. La reforma de la atención primaria en España: RD 137/1984 y Ley General de Sanidad	11
3. Centro de salud y Equipo de Atención Primaria: composición y funciones	14
4. Cartera de servicios de atención primaria y modalidades de consulta	18
5. Actividad y demanda: frecuentación, presión asistencial y adherencia	22
6. La enfermera en atención primaria: enfermera de familia, especialidad y gestión de casos	25
7. Comunidad y participación comunitaria	29
8. Orientación comunitaria de la AP: APOC y niveles de salud comunitaria	33
Todas las preguntas del tema (24)	36
Preguntas que también podrían ser de este tema (11)	44
Solucionario	48
Fuentes	50

Resumen para repasar

1. La atención primaria de salud: Alma-Ata (1978) y Astaná (2018)

- **Alma-Ata, 6-12 de septiembre de 1978**, organizada por **OMS y UNICEF**; 134 gobiernos ^{F1}.
- APS = **asistencia sanitaria esencial**, métodos **prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables**, **al alcance de todos**, con **plena participación**, a un **coste soportable**, con **autorresponsabilidad y autodeterminación** ^{F1}.
- Es el **núcleo del sistema nacional de salud** y el **primer nivel de contacto** ^{F1}.
- Punto VII: promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; actividades mínimas (EpS, nutrición, agua y saneamiento, maternoinfantil, vacunas, endemias, tratamiento, medicamentos esenciales); intersectorialidad; participación; **equipo de salud** ^{F1}.
- Punto VIII: los gobiernos deben formular **políticas, estrategias y planes de acción** para iniciar y mantener la APS ^{F1}.
- Meta **salud para todos en el año 2000**: resolución **WHA30.43 (1977)**; Alma-Ata la hace suya y la liga a la APS ^{F1,F2}.
- **Astaná, 25-26 de octubre de 2018** (OMS, UNICEF, Kazajstán): APS como piedra angular de la **cobertura sanitaria universal** y los ODS; cuatro esferas de compromiso ^{F3,F28}.

2. La reforma de la atención primaria en España: RD 137/1984 y Ley General de Sanidad

- La reforma **empieza en 1984** con el **RD 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud** ^{F7,F8}; la LGS es de 1986 ^{F5}.
- El RD parte de la realidad y las leyes vigentes: no parte de cero ^{F4}.
- **Zona básica de salud = marco territorial de la AP** (LGS, art. 63); las Áreas de Salud se dividen en zonas básicas ^{F5}.
- LGS: Área de Salud de **200.000-250.000 habitantes**, al menos una por provincia ^{F5}.
- Carteras autonómicas con **desarrollos distintos** y variabilidad territorial; el Observatorio Europeo ve el diseño bastante homogéneo con tres modelos de gestión ^{F7,F9,F10}.

3. Centro de salud y Equipo de Atención Primaria: composición y funciones

- Zona de Salud: **5.000-25.000 habitantes**; cabecera a **≤ 30 minutos** ^{F4}.
- **Centro de salud** = estructura **física y funcional** de la AP, basada en el trabajo en equipo ^{F4}.
- **EAP** = conjunto de profesionales **sanitarios y no sanitarios** con actuación en la Zona de Salud; sede, el centro de salud ^{F4}.
- Funciones: asistencia (también **domiciliaria**), promoción, prevención, EpS, **diagnóstico de salud de la zona**, evaluación, **docencia e investigación** ^{F4}.
- En el RD 137/1984, el EAP depende de un **coordinador médico** ^{F4}; en normas autonómicas recientes, de una **Dirección del EAP** ^{F11}.
- Cada miembro del equipo participa en el **estudio, ejecución y evaluación** de las actividades comunes ^{F4}.
- Asturias 2022: cuatro ámbitos; la **formación pregrado y postgrado** es docencia, no atención directa ^{F11}.

4. Cartera de servicios de atención primaria y modalidades de consulta

- RD 1030/2006: AP = **nivel básico e inicial**, gestor y coordinador de casos; anexo II con **nueve apartados** ^{F6}.
- **Cirugía menor: baja complejidad, mínimamente invasiva**, bajo riesgo de hemorragia, **anestesia local**, sin cuidados postoperatorios ni ingreso ^{F6}.
- Cartera de las CCAA: **selección priorizada** que responde a necesidades y demandas, criterios científico-técnicos y prioridades políticas; unidad básica, el **servicio** ^{F7}.
- Consulta **a demanda** (iniciativa del paciente), **programada** (iniciativa del profesional) y **urgente** ^{F6}.
- Crónicos: atención **protocolizada** ^{F6,F19}.
- La **AP es el eje** de la atención al paciente crónico; recomendación 59: **protocolos comunes** ^{F19}.
- Finalidad de la cartera: procesos **frecuentes y relevantes**, **reducir la variabilidad** evitable y **facilitar la equidad** ^{F7}.

5. Actividad y demanda: frecuentación, presión asistencial y adherencia

- **Frecuentación** = consultas / población asignada (o / personas atendidas); cuenta **todas** las modalidades, no solo la demanda ^{F12}.
- **Presión asistencial** = usuarios atendidos por profesional y día ^{F16}.
- La **morbilidad** es lo que más influye; profesional y organización pueden llegar a explicar **más del 50 %** de la variabilidad ^{F13,F14}.
- Gestión de la demanda: análisis **cuantitativo** (consultas, profesionales, cupos) y **cualitativo** (motivos de consulta) ^{F14,F17}.
- Los profesionales tienen un efecto **inductor** sobre la frecuentación por sus distintos criterios de seguimiento ^{F15}.
- Adherencia en AP: el test más usado es el **Morisky-Green** (4 preguntas sí/no) ^{F18}.

6. La enfermera en atención primaria: enfermera de familia, especialidad y gestión de casos

- OMS (SALUD21): **enfermera de salud familiar** con asistencia familiar y **atención domiciliaria a un número limitado de familias** ^{F24}.
- La EFyC es una especialidad del **RD 450/2005**; el programa, por la Comisión Nacional ^{F8}.
- OPS: la enfermería en salud comunitaria tiene como sujeto **la comunidad global** ^{F25}.
- Programa de EFyC: **Orden SAS/1729/2010**, elaborado por la **Comisión Nacional de la Especialidad**; 2 años; cinco grupos de competencias ^{F8}.
- **NIC 7320**: coordinar la asistencia y defensa para **reducir costes**, mejorar la calidad y conseguir los resultados ^{F20}.
- Gestora de casos (SAS): pacientes de **alta complejidad**; **diseña, supervisa y coordina** el plan; moviliza recursos; el plan de cuidados lo desarrolla cada miembro del equipo que interviene ^{F21}.

7. Comunidad y participación comunitaria

- Comunidad: **personas que viven juntas** con una **organización social** ^{F1}.
- Participación (Alma-Ata): individuos y familias **asumen responsabilidades** sobre su salud; **esencial e indispensable** para la APS ^{F1}.
- Castellanos Robayo (OPS, 1981): **proceso de autotransformación** de los individuos según sus necesidades y las de su comunidad ^{F27}.
- El pueblo tiene el **derecho y el deber de participar** en su atención de salud (Alma-Ata, punto IV) ^{F1}.
- Tipos (Meister): **de hecho, voluntaria, espontánea, provocada e impuesta** ^{F26}.

8. Orientación comunitaria de la AP: APOC y niveles de salud comunitaria

- **APOC** (Kark): APS para una población definida integrando salud pública y clínica, con **participación comunitaria** ^{F22}.
- Nivel **1** individual y familiar: consulta mirando a la calle, protocolos de **recomendación de activos**, escuelas de salud ^{F23}.
- APOC: responsable de **toda** la comunidad, use o no los servicios; la comunidad participa en **decidir prioridades** ^{F22}.
- Nivel **2** grupal: **EpS grupal sobre las causas de las causas** ^{F23}.
- Nivel **3** colectivo: acción comunitaria; **regular por norma los consejos de salud** ^{F23}.
- Atención comunitaria en la cartera común desde 2006 ^{F6,F23}.

Puntos clave

- 1 La APS de Alma-Ata (**OMS-UNICEF, 1978**) es la **asistencia sanitaria esencial**, científicamente fundada y socialmente aceptable, **al alcance de todos**, con **plena participación** y a un coste soportable ^{F1}.
- 2 La meta **salud para todos en el año 2000** la fijó la Asamblea Mundial de la Salud en **1977 (WHA30.43)**; Alma-Ata la hizo suya ^{F1,F2}.
- 3 **Astaná 2018**: APS como piedra angular de la **cobertura sanitaria universal** ^{F3}.
- 4 La reforma de la AP en España empieza con el **RD 137/1984 de Estructuras Básicas de Salud** ^{F7,F8}.
- 5 **Zona básica de salud** = marco territorial de la AP (LGS, art. 63) ^{F5}.
- 6 **EAP** = profesionales **sanitarios y no sanitarios** de la Zona de Salud, con sede en el centro de salud ^{F4}.
- 7 **Cirugía menor**: baja complejidad, mínimamente invasiva, anestesia local, sin cuidados postoperatorios ^{F6}.
- 8 **Frecuentación** = consultas de todas las modalidades / población; la **morbilidad** es su principal determinante ^{F12,F13}.
- 9 OMS Europa: **enfermera de salud familiar** para un **número limitado de familias**, con atención domiciliaria ^{F24}.
- 10 El programa de EFyC lo elaboró la **Comisión Nacional de la Especialidad** (Orden SAS/1729/2010) ^{F8}.
- 11 **Tipos de participación** (Meister): de hecho, voluntaria, espontánea, provocada e impuesta ^{F26}.
- 12 Niveles de orientación comunitaria: **1 consulta, 2 grupo (EpS grupal), 3 barrio (acción comunitaria)** ^{F23}.

1. La atención primaria de salud: Alma-Ata (1978) y Astaná (2018)

La **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud** se celebró del **6 al 12 de septiembre de 1978 en Alma-Ata**, capital de la República Socialista Soviética de Kazakstán, **organizada y patrocinada conjuntamente por la OMS y el UNICEF** ^{F1}. Asistieron delegaciones de **134 gobiernos** y representantes de 67 organizaciones ^{F1}. Su Declaración está fechada el **12 de septiembre de 1978** ^{F1}.

EIR 2016 · 98

P7 · respuesta en el solucionario

Conferencia de Alma-Ata (1978): identificación y año

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, ¿en qué año se produjo?:

1. 1986.
2. 1978.
3. 1976.
4. 1967.

Definición de atención primaria de salud (Declaración de Alma-Ata, punto VI): «La atención primaria de salud es la **asistencia sanitaria esencial** basada en **métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables**, puesta **al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación** y a un **coste que la comunidad y el país puedan soportar**, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de **autorresponsabilidad y autodeterminación**» ^{F1}. Continúa: forma parte integrante del **sistema nacional de salud**, del que constituye la **función central y el núcleo principal**, y del desarrollo social y económico de la comunidad; representa el **primer nivel de contacto** de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema, llevando la atención lo más cerca posible de donde residen y trabajan las personas, y es el **primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria** ^{F1}.



Si el enunciado copia la definición...

«Asistencia sanitaria **esencial**... métodos **prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables**... **al alcance de todos**... **plena participación**... **coste que la comunidad y el país puedan soportar**... **autorresponsabilidad y autodeterminación**» = atención primaria de salud, Conferencia **OMS-UNICEF de Alma-Ata, 1978** ^{F1}.

Definición de Atención Primaria de Salud (Alma-Ata)

La definición adoptada en la Conferencia Internacional de Alma Ata formulada como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autocorrespondencia y autodeterminación”, se refiere al concepto de:

1. Educación para la Salud.
2. Participación Comunitaria.
3. Salud Pública.
4. Sistema de Salud.
5. Atención Primaria de Salud.

Definición de Atención Primaria de Salud (Alma-Ata)

La definición de Atención Primaria de Salud (APS) como “asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”, se estableció en:

1. La Conferencia de la OMS-Unicef de AlmaAta (1978).
2. Estrategia Mundial de la Salud para todos en el año 2000 (1981).
3. La Carta de Ottawa (1986).
4. 51ª Asamblea Mundial de la Salud (1998).
5. Ley general de Sanidad 14/1986 de 25 de abril.

Lo que comprende la APS (punto VII) ^{F1}:

- Refleja las condiciones económicas, socioculturales y políticas del país y se basa en la investigación y en la experiencia de salud pública ^{F1}.
- Se orienta hacia los **principales problemas de salud de la comunidad** y presta servicios de **promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación** ^{F1}.
- Comprende, **cuando menos**: educación sobre los principales problemas de salud y su prevención; alimentación y nutrición apropiada; **agua potable y saneamiento básico**; asistencia **maternoinfantil con planificación familiar**; **inmunización** contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las **enfermedades endémicas locales**; tratamiento apropiado de enfermedades y traumatismos comunes; y **medicamentos esenciales** ^{F1}.
- Entraña la participación de **todos los sectores** del desarrollo (agricultura, alimentación, industria, educación, vivienda, obras públicas, comunicaciones...) con esfuerzos coordinados ^{F1}.
- **Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad** y del individuo en la planificación, organización, funcionamiento y control de la APS ^{F1}.
- Se apoya en **sistemas de envío de casos** integrados, dando **prioridad a los más necesitados** ^{F1}.

- Se basa en personal de salud (médicos, enfermeras, parteras, auxiliares, trabajadores de la comunidad y, según proceda, medicina tradicional) adiestrado **para trabajar como un equipo de salud** ^{F1}.

Los gobiernos (punto VIII): «Todos los gobiernos deben **formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales**, con objeto de **iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo** y en coordinación con otros sectores» ^{F1}. El punto IV proclama que el pueblo tiene **el derecho y el deber de participar** individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud ^{F1}.

EIR 2007 · 55

P21 · respuesta en el solucionario

Conferencia de Alma-Ata (1978): identificación y año

¿En qué Conferencia organizada por la Organización Mundial de la Salud se “instaba a los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud y en coordinación con otros sectores sociales y económicos”?:

1. Alma Ata, 1978.
2. Ottawa, 1986.
3. Adelaida, 1988.
4. La Haya, 1991.
5. Kyoto, 2000.

Salud para todos en el año 2000. La **30.ª Asamblea Mundial de la Salud**, en su resolución **WHA30.43 de 19 de mayo de 1977**, resolvió que «la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debe consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo **en el año 2000** un grado de salud que les permita llevar una **vida social y económicamente productiva**» ^{F2}. Un año después, la Declaración de Alma-Ata (punto V) hizo suya la meta y proclamó que **«la atención primaria de salud es la clave para alcanzar esa meta»** ^{F1}.

EIR2014-112: ¿dónde se propuso por primera vez «Salud para Todos en el año 2000»?

La respuesta de EIR2014-112 (reconstruida por un tercero) es la **Conferencia de Alma-Ata (1978)**. Según los documentos de la OMS, la meta la fijó antes la **30.ª Asamblea Mundial de la Salud en mayo de 1977 (resolución WHA30.43)** ^{F2}, y Alma-Ata la recogió en el punto V de su Declaración y convirtió la APS en la clave para alcanzarla ^{F1}. Como la Asamblea de 1977 no figura entre las opciones, la respuesta que se da por buena es **Alma-Ata (1978)**: la conferencia que hizo suya la meta y la ligó a la atención primaria ^{F1,F2}.

EIR 2014 · 112

P14 · respuesta en el solucionario

Salud para Todos en el año 2000: origen en Alma-Ata

La meta de “Salud Para Todos en el Año 2000” se propuso por primera vez en:

1. El Compendio Internacional de Indicadores de Salud (1999).
2. La Carta de Ottawa (1986).
3. La Segunda Conferencia de Promoción de la Salud de Adelaida (1988).
4. La Declaración de Yakarta (1997).
5. La Conferencia de Alma-Ata (1978).

Astaná (2018). Cuarenta años después, la **Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud «Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible»** se reunió en **Astaná (Kazajstán) el 25 y 26 de octubre de 2018**, organizada por la **OMS, el UNICEF y el Gobierno de Kazajstán** ^{F3,F28}. Su Declaración reafirma los compromisos de Alma-Ata y de la Agenda 2030, y afirma que la APS es **«la piedra angular de un sistema de salud sostenible para la cobertura sanitaria universal»** ^{F3}. Los compromisos se agrupan en **cuatro esferas** ^{F3,F28}:

- Tomar **decisiones políticas audaces** en pro de la salud en todos los sectores ^{F3}.
- Establecer una **atención primaria de la salud sostenible**: accesible, equitativa, segura, de alta calidad, integral, eficiente, aceptable y asequible, con servicios integrados y continuos centrados en la persona ^{F3}.
- **Empoderar a las personas y las comunidades**, implicándolas en la elaboración y aplicación de políticas y planes ^{F3}.
- **Alinear el apoyo de las partes interesadas** con las políticas, estrategias y planes nacionales ^{F3}.

Dos ciudades de Kazajstán, 40 años de distancia

Alma-Ata 1978 (OMS + UNICEF): definición de APS y meta de salud para todos en el año 2000 ^{F1}.

Astaná 2018 (OMS + UNICEF + Kazajstán): APS como piedra angular de la **cobertura sanitaria universal** y los **ODS** ^{F3,F28}.

EIR 2022 · 17

P3 · respuesta en el solucionario

Conferencia de Astaná: 2018

¿En qué año se llevó a cabo, en Astaná, la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud “Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”?:

1. 1978.
2. 2000.
3. 2010.
4. 2018.

En España, el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (2019) afirma que el modelo de APS se basa en **los pilares de la Declaración de Alma-Ata refrendados en Astaná**: es **integral, integrada, continua, accesible, multidisciplinaria, participativa y de alta calidad**, y una herramienta poderosa para la equidad ^{F9}.

2. La reforma de la atención primaria en España: RD 137/1984 y Ley General de Sanidad

La reforma de la atención primaria en España **se inició en 1984**: el Ministerio de Sanidad describe «el dinamismo de la Atención Primaria en España desde que se inició su reforma en 1984» y la consolidación de las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas, **iniciadas en 1981 y culminadas en 2002** ^{F7}. El programa oficial de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria sitúa en los años 80 la implantación del **nuevo modelo de Atención Primaria de Salud, que emanaba de la Declaración de Alma-Ata**, y cita como pasos su regulación mediante el **Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud**, y después la publicación de la **Ley General de Sanidad** (1986) ^{F8}.

El RD 137/1984 se presentó como un primer paso: su preámbulo dice que no se trata de plantear todo el sistema de asistencia primaria, sino de **«llevar a cabo unas primeras realizaciones»** mientras la reforma general del sistema sanitario recibe un tratamiento normativo definitivo, y que la reforma **«parte de la realidad actual y de las leyes hoy vigentes»** ^{F4}. Establece los principios para crear **Zonas de Salud con funciones integradas de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación**, dirigidas al individuo, a los grupos sociales y a las comunidades, que **participan activamente** en el proceso sanitario ^{F4}.

Norma	Qué aporta a la AP
RD 137/1984 (estructuras básicas de salud)	Zona de Salud como marco territorial de la AP (5.000-25.000 habitantes como regla), Centro de Salud y Equipo de Atención Primaria con sus funciones ^{F4}
Ley 14/1986, General de Sanidad	Áreas de Salud divididas en zonas básicas de salud (art. 62); la zona básica es «el marco territorial de la atención primaria de salud» donde trabajan los centros de salud (art. 63) ^{F5}
RD 1030/2006 (cartera de servicios comunes)	Define la AP como nivel básico e inicial de atención y fija la cartera común de AP del SNS (anexo II) ^{F6}
Orden SAS/1729/2010	Programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria ^{F8}

1984 no es la Ley General de Sanidad

La reforma **empieza en 1984 con el RD de Estructuras Básicas de Salud** ^{F7,F8}; la **Ley General de Sanidad es de 1986** ^{F5}, y la Ley 16/2003 es la de cohesión y calidad del SNS ^{F6}. Y la reforma no partió de cero: el propio RD 137/1984 dice que parte de la realidad y de las leyes vigentes ^{F4}.

Reforma de AP: RD de Estructuras Básicas de Salud (1984)

En 1984 se inicia en España el proceso de reforma de la asistencia sanitaria con la publicación de:

1. La Ley General de Sanidad.
2. La Ley General de la Seguridad Social.
3. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
4. El Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud.
5. El Real Decreto de Salud Nacional.

Zona básica de salud (LGS, arts. 62-63). Para conseguir la máxima operatividad y eficacia de los servicios a nivel primario, **las Áreas de Salud se dividen en zonas básicas de salud**; para delimitarlas se tienen en cuenta las distancias y el tiempo de recorrido de la población más alejada, la concentración o dispersión de la población, sus características epidemiológicas y las instalaciones y recursos sanitarios ^{F5}. «La zona básica de salud es **el marco territorial de la atención primaria de salud** donde desarrollan las actividades sanitarias los **Centros de Salud, centros integrales de atención primaria**» ^{F5}. El Área de Salud, en cambio, abarca como regla general entre 200.000 y 250.000 habitantes (con excepciones en Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla), y cada provincia tiene al menos una ^{F5}.

★ Marco territorial de la AP

Zona básica de salud (LGS, art. 63) = **Zona de Salud** (RD 137/1984, art. 1): el marco territorial de la atención primaria ^{F4,F5}. El **Área de Salud** es la estructura fundamental del sistema, que agrupa varias zonas; el **centro de salud** es la estructura física y funcional, no el marco territorial ^{F4,F5}.

Zona Básica de Salud: marco territorial de la APS (LGS)

Según la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, el marco territorial de la Atención Primaria de Salud es:

1. El Distrito de Salud.
2. El Área de Salud.
3. La Zona Básica de Salud.
4. El Primer Nivel Asistencial.
5. El Centro de Atención Primaria.

¿Un modelo o varios? Con las transferencias sanitarias a las comunidades autónomas (1981-2002), cada una ha tenido **«desarrollos y enfoque distintos»** de su cartera de servicios de AP, que el Ministerio clasifica en tres grandes tipos: basadas en coberturas y normas de calidad, en procesos asistenciales o en indicadores ^{F7}. El Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria (2019) atribuye a las políticas de austeridad una crisis de la AP que se traduce en **«variabilidad territorial, de recursos humanos y de cartera efectiva en el territorio nacional»** ^{F9}. El Observatorio Europeo de Sistemas y Políticas de Salud, en cambio, describe el

modelo de equipos diseñado por la Ley General de Sanidad como «**fairly homogeneous across the country**» (bastante homogéneo en todo el país), aunque coexisten **tres modelos de gestión** distintos ^{F10}.

EIR2007-057: ¿homogéneo o heterogéneo?

La respuesta de EIR2007-057 (reconstruida por un tercero) es que el modelo organizativo de AP en España es **heterogéneo, con características diferentes en las distintas comunidades autónomas**. La respaldan las carteras autonómicas, con desarrollos y enfoques distintos tras las transferencias ^{F7}, y la variabilidad territorial que el Ministerio reconoce hoy ^{F9}. Pero el Observatorio Europeo (2024) describe el **diseño** del modelo como bastante homogéneo en todo el país, con diversidad en la **gestión** ^{F10}. Para el examen: ni homogéneo por imposición central ni creado de cero por la LGS (la reforma empezó en 1984 y partía de lo existente ^{F4,F7}); la opción que se da por buena es la **heterogeneidad entre comunidades autónomas**.

EIR 2007 · 57

P20 · respuesta en el solucionario

Modelo de AP en España: heterogéneo entre CCAA

El modelo organizativo de atención primaria en España es:

1. Homogéneo en todo el Estado para garantizar la equidad.
2. Teórico con objetivos no operativos.
3. Centralista con el fin de garantizar la accesibilidad, el equilibrio, la igualdad y la participación de toda la ciudadanía.
4. Establecido por la Ley General de Sanidad y parte de cero respecto al sistema anterior.
5. Heterogéneo, con características diferentes en las distintas Comunidades Autónomas.

3. Centro de salud y Equipo de Atención Primaria: composición y funciones

Zona de Salud (RD 137/1984, art. 1). Es la **demarcación poblacional y geográfica fundamental**, accesible desde todos los puntos y capaz de proporcionar una atención de salud **continuada, integral y permanente** ^{F4}. La delimita la comunidad autónoma con criterios demográficos, geográficos y sociales; su población puede oscilar **entre 5.000 y 25.000 habitantes**, con excepciones en el medio rural disperso o cuando la población lo aconseje ^{F4}. Si abarca varios municipios, el **municipio-cabecera**, donde está el centro de salud, no dista del resto más de **treinta minutos** con los medios habituales de locomoción ^{F4}.

Centro de Salud (art. 2). «Es la **estructura física y funcional** que posibilita el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada globalmente, integral, permanente y continuada, y con base en el **trabajo de equipo** de los profesionales sanitarios y no sanitarios» que actúan en él; allí desarrolla sus actividades el Equipo de Atención Primaria ^{F4}. En el medio rural puede haber **consultorios locales** en las demás localidades de la zona ^{F4}. La LGS le atribuye, entre otras funciones, **servir como centro de reunión entre la comunidad y los profesionales sanitarios** y facilitar el trabajo en equipo (art. 64) ^{F5}.

Equipo de Atención Primaria (art. 3). «El **conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios** con actuación en la Zona de Salud recibe la denominación de Equipo de Atención Primaria»; su **ámbito territorial** es la Zona de Salud y su **localización física principal**, el Centro de Salud ^{F4}. En su redacción de 1984, lo componen médicos de medicina general y pediatría, enfermería (ATS o diplomados), matronas y practicantes de zona, auxiliares de clínica, trabajadores sociales y el personal de administración y recepción; farmacéuticos y veterinarios titulares **colaboran** o pueden integrarse; y el equipo depende funcionalmente de un **coordinador médico** ^{F4}. Las normas autonómicas posteriores han cambiado esta figura: en Asturias, por ejemplo, el personal depende funcionalmente de la **Dirección del EAP**, con responsables de medicina, de enfermería y de unidad administrativa ^{F11}. El Real Decreto 1030/2006 añade que las actividades de AP, dirigidas a las personas, las familias y la comunidad bajo un **enfoque biopsicosocial**, se prestan por **equipos interdisciplinarios** ^{F6}.



EAP en una línea

Conjunto de profesionales sanitarios y no sanitarios con actuación en la **Zona de Salud = Equipo de Atención Primaria** (art. 3) ^{F4}. El **centro de salud** es otra cosa: la **estructura física y funcional** donde el equipo desarrolla una atención integral, permanente y continuada con base en el trabajo en equipo (art. 2) ^{F4}. Si el enunciado habla de una estructura **formada por profesionales**, es el equipo, no el centro ^{F4}.

Equipo de Atención Primaria: definición

La estructura organizativa funcional formada por profesionales sanitarios y no sanitarios, que tiene responsabilidad en la prestación sanitaria de forma integral, compartida y continuada en la zona básica de salud, recibe el nombre de:

1. Servicio Autónomo de Salud.
2. Sistema Nacional de Salud.
3. Centro de Salud.
4. Equipo de Atención Primaria.
5. Cartera de Servicios.

Funciones del EAP (RD 137/1984, art. 5) ^{F4}:

- Prestar **asistencia sanitaria**, ambulatoria, **domiciliaria** y de urgencia, en coordinación con el siguiente nivel asistencial ^{F4}.
- Actividades de **promoción de la salud, prevención de la enfermedad y reinserción social** ^{F4}.
- Contribuir a la **educación sanitaria** de la población ^{F4}.
- Realizar el **diagnóstico de salud de la Zona** ^{F4}.
- **Evaluar** las actividades realizadas y los resultados obtenidos ^{F4}.
- Actividades de **formación pregraduada y posgraduada y estudios clínicos y epidemiológicos** ^{F4}.
- Participar en los programas de salud mental, laboral y ambiental ^{F4}.
- El trabajo en equipo obliga a que **cada miembro participe en el estudio, ejecución y evaluación** de las actividades comunes (art. 5.3) ^{F4}.

Una norma autonómica reciente, el **Decreto 36/2022 de Asturias** sobre organización de los EAP, ordena esas funciones en **cuatro ámbitos: atención directa**; atención comunitaria y promoción de la salud; **docencia, formación e investigación**; y organización y gestión ^{F11}. La **atención directa asistencial** son los servicios que se prestan **en el centro o en el domicilio del paciente**, presenciales o no (consulta a demanda, programada y urgente) ^{F11}. La **formación de pregrado y postgrado**, la formación sanitaria especializada, la formación continuada y la **investigación** forman el ámbito de **docencia, formación e investigación**, no el de atención directa ^{F11}. En atención directa, la enfermera presta cuidado a personas, familias y comunidades en **educación y promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, recuperación y rehabilitación** ^{F11}.

Ámbito (Decreto 36/2022, Asturias) ^{F11}	Ejemplos
Atención directa (asistencial)	Consulta a demanda, programada o urgente, en el centro o en el domicilio ; valorar y cuidar a una persona o familia concreta
Atención comunitaria y promoción de la salud	EpS con orientación comunitaria en centros educativos, de mayores o asociaciones; espacios de participación; activos para la salud
Docencia, formación e investigación	Formación de pregrado y postgrado , formación sanitaria especializada, formación continuada, investigación
Organización y gestión	Coordinación con otros niveles y con salud pública, registro de la actividad, sistemas de información, vigilancia epidemiológica

EIR2015-135: ¿dónde va la educación para la salud en la escuela?

La respuesta de EIR2015-135 (reconstruida por un tercero) es que la **formación pregrado y postgrado** no es una función de atención directa del EAP, y da por atención directa la promoción de estilos de vida, la prevención secundaria, la rehabilitación y los proyectos de educación para la salud en la escuela. No se ha localizado en fuente oficial abierta esa clasificación en dos bloques. El Decreto asturiano de 2022 coincide en lo que decide la pregunta: la **formación de pregrado y postgrado pertenece a la docencia**, no a la atención directa ^{F11}; pero sitúa la EpS en centros educativos en el ámbito de **atención comunitaria y promoción de la salud**, separado de la atención directa ^{F11}. La cartera común sí incluye, como servicio de AP, la **educación para la salud grupal** en los centros de salud y en otros ámbitos de la comunidad, **como los centros educativos** ^{F6}. Para el examen, la función ajena a la atención directa es la **formación**.

EIR 2015 · 135

P9 · respuesta en el solucionario

Funciones de atención directa del EAP

Dentro de las funciones de atención directa desarrolladas por los Equipos de Atención Primaria NO se encuentra:

1. Promoción de los estilos de vida saludables.
2. Prevención secundaria de problemas más prevalentes en la comunidad.
3. Elaboración e implementación de proyectos de educación para la salud en los entornos escolares.
4. Formación pregrado y postgrado del personal de salud.
5. Rehabilitación.

Asistencial frente a docente o investigadora

Valorar la independencia de dos pacientes concretos **en su domicilio** es **atención directa asistencial** ^{F11}. Explicar un cuestionario a una residente, fundamentar un método ante un estudiante o presentar una sesión al equipo es **docencia y formación**; conocer la prevalencia de un problema en la población de la zona es **investigación** o diagnóstico de salud ^{F11,F4}.

Actividad asistencial de la enfermera del EAP

Entre las actividades expuestas a continuación, seleccione cuál es la actividad asistencial de la enfermera integrada en un equipo de atención primaria:

1. Indicar a una residente de Enfermería Familiar y Comunitaria la utilidad de los cuestionarios para establecer la dependencia de personas de 65 y más años.
2. Conocer la prevalencia de la capacidad funcional de la población de personas de 65 y más años, residentes en la zona básica de salud.
3. Presentar la sesión “Valoración funcional en personas de 65 y más años, en residentes en el área de salud en función del género y residentes en el área de salud” al equipo.
4. Determinar el nivel de independencia de F. P. y de su marido, ambos de 78 años de edad, en visita al domicilio de la pareja.
5. Fundamentar el método utilizado para determinar la capacidad funcional de C. V. de 77 años de edad, a un estudiante de Enfermería.

4. Cartera de servicios de atención primaria y modalidades de consulta

El **Real Decreto 1030/2006** define la AP como «el **nivel básico e inicial** de atención, que garantiza la **globalidad y continuidad** de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como **gestor y coordinador de casos y regulador de flujos**» ^{F6}. Comprende promoción de la salud, educación sanitaria, prevención, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación física y trabajo social ^{F6}. Su anexo II (cartera común de AP) tiene **nueve apartados** ^{F6}:

- 1. Atención sanitaria **a demanda, programada y urgente**, en la consulta y en el domicilio ^{F6}.
- 2. Indicación o prescripción y realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos (entre ellos, la **cirugía menor**) ^{F6}.
- 3. Actividades de prevención, promoción de la salud, **atención familiar y atención comunitaria** ^{F6}.
- 4. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud ^{F6}.
- 5. Rehabilitación básica ^{F6}.
- 6. Atenciones a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos (incluida la **atención domiciliaria a pacientes inmovilizados**) ^{F6}.
- 7. Atención paliativa a enfermos terminales ^{F6}.
- 8. Atención a la salud mental en coordinación con la atención especializada ^{F6}.
- 9. Atención a la salud bucodental ^{F6}.

Cirugía menor (apartado 2.2.14): «realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos de **baja complejidad y mínimamente invasivos**, con **bajo riesgo de hemorragia**, que se practican **bajo anestesia local** y que **no requieren cuidados postoperatorios**, en pacientes que **no precisan ingreso**», según los protocolos de cada servicio de salud ^{F6}. El programa de la especialidad incluye entre las competencias de la enfermera familiar y comunitaria planificar, dirigir, desarrollar y evaluar, junto a otros profesionales, **programas de cirugía menor** ^{F8}.

Cirugía menor: todo «bajo»

Baja complejidad, **bajo** riesgo de hemorragia, **bajo** anestesia local; mínimamente invasiva, sin cuidados postoperatorios y sin ingreso; puede ser **terapéutica o diagnóstica** ^{F6}.

EIR 2017 · 166

P5 · respuesta en el solucionario

Cirugía menor en AP: baja complejidad y mínimamente invasiva

Dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria se recoge el servicio de Cirugía Menor, que incluye la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos. ¿Qué característica deben cumplir dichos procedimientos?:

1. Ser de baja complejidad y mínimamente invasivos.
2. Tener un riesgo medio de hemorragia.
3. Se practican sin anestesia local y no requieren cuidados postoperatorios.
4. No pueden tener finalidad diagnóstica.

La **cartera de servicios de AP de las comunidades autónomas** es otra cosa: el Ministerio aclara que el término **no alude a un catálogo** exhaustivo de prestaciones, sino que es «una **selección de servicios priorizada** y organizada de una forma específica, que responde a **necesidades y a demandas de la población**, se sustenta en **criterios científico-técnicos** y en **prioridades de política sanitaria** y tiene **base poblacional**» ^{F7}. Se implantó en los años 90 (**1991 en el INSALUD**) ^{F7}.

- **Unidad básica:** el «**servicio**», un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud clínico o preventivo, **con especificación de la población a la que se dirige** ^{F7}.
- **Estructura de un servicio:** definición y criterios de inclusión y exclusión, requisitos de acreditación, población diana, **normas de calidad**, sistema de información y registro, **indicadores** de cobertura, proceso o resultados, soporte bibliográfico y anexos clínicos; esta estructura **puede presentar variantes según el servicio o la comunidad autónoma** ^{F7}.
- **Finalidad:** promover la atención de los **procesos más frecuentes y relevantes** en AP con arreglo a **criterios científico-técnicos consensuados**, **reducir la variabilidad clínica evitable**, **facilitar la equidad** en la prestación, proporcionar elementos organizativos interprofesionales, servir de marco para evaluar y mejorar la calidad y facilitar la gestión descentralizada ^{F7}.

No «exclusivamente» política

La cartera responde a **necesidades y demandas de la población**, a **criterios científico-técnicos** y a **prioridades de política sanitaria**, todo a la vez ^{F7}. Una opción que diga que responde **exclusivamente** a prioridades de política sanitaria es falsa ^{F7}.

EIR 2015 · 148

P8 · respuesta en el solucionario

Cartera de Servicios de AP: concepto

Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la Cartera de Servicios de Atención Primaria:

1. Es la selección de servicios priorizada y organizada de una forma específica, que responde exclusivamente a prioridades de política sanitaria.
2. La unidad básica de la Cartera de Servicios es un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud clínico o preventivo con especificación de la población a la que se dirige.
3. La estructura general puede presentar variantes en función del servicio de que se trate o de las distintas Comunidades Autónomas.
4. Su finalidad es promover la atención de los procesos más frecuentes y relevantes en AP con arreglo a criterios científico técnicos consensuados.
5. Permite reducir la variabilidad clínica evitable y facilitar la equidad en la prestación de servicios.

Modalidades de consulta (RD 1030/2006, anexo II, apartado 1, redacción vigente): **consulta a demanda**, por **iniciativa del paciente**, preferentemente organizada a través de **cita previa**; **consulta programada**, realizada por **iniciativa de un profesional sanitario**; y **consulta urgente**, por motivos no demorables; en el centro o en el domicilio, presencial o no presencial ^{F6}. El apartado comprende la atención diagnóstica, terapéutica y de **seguimiento de procesos agudos o crónicos** y la promoción, educación sanitaria y prevención ^{F6}. El Decreto

asturiano de 2022 encarga a la enfermera **planificar y realizar cuidados** en consulta a demanda, programada o urgente, individual o grupal ^{F11}.

Modalidad	Quién la inicia	Rasgo
A demanda	El paciente ^{F6}	Preferentemente con cita previa ^{F6}
Programada	Un profesional sanitario ^{F6}	—
Urgente	—	Motivos no demorables ^{F6}

EIR 2013 · 119

P15 · respuesta en el solucionario

Consulta de enfermería programada en AP: actividades

En la consulta de enfermería programada en Atención Primaria:

1. Se atienden las demandas susceptibles de ser resueltas o valoradas por la enfermera, tanto por acceso directo o espontáneo del usuario como por derivación de otros profesionales.
2. Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, de prevención de alteraciones y seguimiento de enfermedades crónicas, cuando sea demandado por el paciente o familiar, sin necesidad de cita previa.
3. Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, de prevención de alteraciones, seguimiento de enfermedades crónicas, detección de problemas de autocuidado y seguimiento de los planes de cuidados, con cita previa.
4. Se llevan a cabo actividades de atención derivadas de otros profesionales siempre que no puedan ser programadas.
5. Se realizan actividades para la resolución de problemas puntuales de los pacientes.

Atención a crónicos: protocolizada. El RD 1030/2006 establece que «**los procesos agudos y crónicos más prevalentes se han de atender de forma protocolizada**», y en los servicios del adulto incluye la «**atención sanitaria protocolizada de pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes**» ^{F6}. La Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS (2012) recomienda **elaborar e implementar protocolos comunes** de prevención, diagnóstico y atención de las patologías crónicas (recomendación 59) y hace de la **AP el eje** de la atención al paciente crónico, con los equipos de AP (medicina de familia, pediatría y enfermería) como **coordinadores** de sus procesos de atención ^{F19}. Para los pacientes inmovilizados, la cartera prevé **atención domiciliaria** con valoración integral, **plan de cuidados médicos y de enfermería** e información al cuidador principal ^{F6}.

Atención a crónicos en AP: protocolizada

Una característica de la atención a personas con problemas crónicos de salud en atención primaria, es la atención:

1. Por el tipo de profesional de la salud específico.
2. Protocolizada.
3. A demanda.
4. Por diferentes tipos de profesionales, siendo cada uno responsable del área de su competencia.
5. En el centro de salud.

5. Actividad y demanda: frecuentación, presión asistencial y adherencia

La **presión asistencial** y la **frecuentación** son indicadores básicos de actividad para conocer la utilización de los servicios y planificar y gestionar recursos ^{F16}. Definiciones del Sistema de Información de Atención Primaria del Ministerio (SIAP) ^{F12}:

Indicador	Definición	Fórmula
Frecuentación general	Media de consultas ordinarias por habitante y año (población asignada por tipo de profesional) ^{F12}	Consultas atendidas / población asignada ^{F12}
Frecuentación por persona atendida	Media de consultas por cada usuario que realmente acude en un año ^{F12}	Consultas / personas distintas que han acudido en el año ^{F12}
Media de consultas por día y profesional	Consultas por profesional y día (247 días laborables) ^{F12}	Consultas / días / profesionales ^{F12}
Presión asistencial	Número total de usuarios atendidos por profesional al día , en el centro y en el domicilio; según el manual del sistema de información que cita el estudio, incluye la consulta a demanda, concertada, programada y domiciliaria ^{F16}	Usuarios atendidos / profesional / día ^{F16}



La frecuentación cuenta todas las consultas

En el SIAP cuentan como consultas las del horario habitual **«independientemente de que su modalidad haya sido a demanda, concertada/programada, o urgentes/sin cita»** ^{F12}. Definir la frecuentación como las visitas **solo a demanda** es incorrecto ^{F12}.

Qué la determina. «La **morbilidad** es la variable que **más influye** en la utilización de servicios sanitarios», pero solo explica una parte de la variabilidad ^{F13}. Los **factores del profesional y de la organización** pueden explicar **más del 50 %** de la variabilidad en la utilización de las consultas de AP, lo que abre margen para intervenir sobre la demanda desde la propia organización ^{F14}. Los profesionales tienen **diferentes criterios** sobre la frecuencia de las visitas de seguimiento: tienen un efecto **inductor** sobre la frecuentación ^{F15}.

Frecuentación en AP: definición

Respecto a la frecuentación de las consultas en Atención Primaria, señale la respuesta INCORRECTA:

1. El principal factor que influye en la frecuentación de las consultas es la morbilidad del paciente.
2. La frecuentación se calcula dividiendo todas las visitas realizadas en un año en un centro de salud entre todas las personas atendidas.
3. La frecuentación es el número de veces que cada persona acude para recibir atención a demanda en un centro de salud en un año.
4. Las particularidades de los profesionales influyen en la frecuentación de las consultas.

Gestión de la demanda. Hay que hacer en cada centro **análisis cuantitativos y cualitativos de la demanda** para identificar áreas de mejora y adoptar medidas correctoras ^{F14}. Los datos **cuantitativos** son las cifras de actividad y recursos: **cuántas consultas, cuántos médicos, cuántas interconsultas, cuántas personas por cupo** ^{F17}, la presión asistencial y la frecuentación ^{F16}, o índices como el de utilización (porcentaje de adscritos que acuden al menos una vez al año) ^{F17}; los cualitativos, en cambio, valoran el funcionamiento de las organizaciones ^{F17}. Además de contar, conviene saber **qué se consulta**: en AP hay una puerta de entrada única para demandas muy distintas (problemas autolimitados, crónicos, agudos, información, trámites burocráticos), y un estudio que comenta Lleras encontró un 19,5 % de consultas por motivo no médico y un 18,4 % de consultas **burocráticas** ^{F14}.

Contar frente a clasificar

Presión asistencial, frecuentación y personas por cupo **se cuentan**: son indicadores de actividad y datos cuantitativos ^{F16,F17}. Clasificar las consultas por su **motivo** (burocrático, no médico, agudo, crónico) no es contar cuántas hay: sirve para detectar la mala utilización y las tareas que podría asumir otro profesional ^{F14}.

Gestión de la demanda en AP: indicadores cuantitativos

El análisis cuantitativo de la gestión de la demanda en Atención Primaria NO incluye el indicador de:

1. Tipología de la demanda.
2. Presión asistencial.
3. Frecuentación.
4. Intensidad de uso.
5. Población por profesional.

Adherencia terapéutica en la consulta. Los métodos indirectos, menos fiables que los directos pero más sencillos y económicos, **«resultan extremadamente útiles en atención primaria»**, y **«el test más utilizado es el de Morisky-Green»** ^{F18}. Lo desarrollaron Morisky, Green y Levine para valorar el cumplimiento de la medicación en la **hipertensión arterial** y está validado en diversas enfermedades crónicas: **4 preguntas con**

respuesta sí/no; es cumplidor quien responde correctamente a las cuatro (**No/Sí/No/No**) ^{F18}. Se sugiere combinarlo con el **test de Batalla** (alta especificidad del Morisky-Green, buena sensibilidad del Batalla) ^{F18}.

EIR 2021 · 157

P27 · respuesta en el solucionario

Adherencia terapéutica: test de Morisky-Green

Identifica una de las herramientas que se utiliza para valorar la adherencia terapéutica del paciente en la consulta de Atención Primaria:

1. Test de Morisky-Green.
2. Test de Richmond.
3. Cuestionario EuroQol - 5D.
4. Cuestionario de Salud SF - 12.

6. La enfermera en atención primaria: enfermera de familia, especialidad y gestión de casos

La propuesta de la OMS (Región Europea). SALUD21, el marco de «salud para todos» de la Región Europea de la OMS, pide un sector sanitario más integrado que ponga el énfasis en la atención primaria: **«En el núcleo de este sistema debe estar una enfermera de salud familiar bien formada, que proporcione un amplio asesoramiento en materia de hábitos de vida, asistencia familiar y servicios de atención domiciliaria a un número limitado de familias»** ^{F24}. Los servicios más especializados los presta un **médico de familia**, que con la enfermera interactúa con las estructuras de la comunidad; la ciudadanía debe poder elegir a ambos, y la promoción del **autocuidado** es tarea del equipo que forman ^{F24}.



Enfermera de salud familiar (OMS)

Asesoramiento en hábitos de vida + **asistencia familiar** + **atención domiciliaria** a un **número limitado de familias** ^{F24}. No propone organizar la enfermería por servicios o programas especializados, ni separar equipos de domicilio y de consulta ^{F24}.

EIR 2017 · 27

P6 · respuesta en el solucionario

Organización de la enfermería en AP según la OMS

Según la Organización Mundial de la Salud ¿Cómo debería organizarse la atención enfermera en Atención Primaria?:

1. Organización por servicios y programas especializados.
2. Proporcionar asistencia familiar y atención domiciliaria a un número limitado de familias.
3. Organización en equipo médico de familiaenfermera.
4. Organizar equipos especializados en atención domiciliaria y enfermeras generalistas en consultas.

Enfermería en salud comunitaria (OPS). El Comité de libros de texto de la OPS/OMS para la enseñanza de enfermería en salud comunitaria (1976) la define como la síntesis y aplicación de conocimientos y técnicas científicas a la **promoción, restauración y conservación de la salud comunitaria**; su sujeto primario es **la comunidad y los grupos dentro de ella** ^{F25}. En resumen, **«tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo»**, e integra los conceptos y métodos de la salud pública con los de enfermería ^{F25}.

Enfermería comunitaria según la OPS

La Organización Panamericana de la Salud define la Enfermería Comunitaria como aquella que:

1. Tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo.
2. Dirige su atención a la promoción de la salud a través de la Educación para la Salud.
3. Lleva a cabo actividades para la promoción y mantenimiento de la salud y para la prevención, tratamiento y aceptación de la enfermedad.
4. Contempla a la persona desde una perspectiva física, psicológica y social.
5. Trabaja con grupos humanos.

La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Su programa formativo se aprobó por la **Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio**: lo elaboró la **Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria** y lo ratificó el Consejo Nacional de Especialidades en Ciencias de la Salud ^{F8}. El **Real Decreto 450/2005** sobre especialidades de enfermería incluye la especialidad entre las de enfermería y, junto con la Ley 44/2003, establece el **procedimiento** para aprobar los programas formativos; el programa en sí lo elaboró la Comisión Nacional ^{F8}. La formación dura **2 años** ^{F8}. El programa agrupa las competencias avanzadas en **cinco apartados** ^{F8}:

- **Atención clínica directa** en el ámbito familiar y comunitario, a personas a lo largo de su ciclo vital y a familias ^{F8}.
- **Salud pública y comunitaria**: programas de educación para la salud, vigilancia epidemiológica y medioambiental, emergencias y catástrofes; incluye **fomentar y gestionar la participación comunitaria** ^{F8}.
- **Docencia**, dirigida a personas y familias y a estudiantes y otros profesionales ^{F8}.
- **Gestión de cuidados y servicios** en el ámbito familiar y comunitario ^{F8}.
- **Investigación** ^{F8}.

Programa formativo de Enfermería Familiar y Comunitaria: Comisión Nacional

¿Quién se encargó de elaborar el actual programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria?

1. Las Unidades Docentes de la Comunidad Autónoma responsable.
2. La comisión de Enfermería del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. La Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
4. Diseñado en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

Enfermera gestora de casos. La intervención **NIC 7320 «Gestión de casos»** se define como **«coordinar la asistencia y defensa** de individuos concretos y poblaciones de pacientes en diversos contextos para **reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad** de la asistencia sanitaria y **conseguir los resultados deseados»** ^{F20}. En España, Andalucía introdujo la gestión de casos en **2002**; otras comunidades (Canarias, Cataluña, País Vasco) tienen también una figura dedicada, mientras que en Aragón o Madrid se considera una competencia de la enfermera familiar y comunitaria ^{F20}.

Enfermera gestora de casos: funciones

¿Cómo definiría la figura de enfermera Gestora de Casos?:

1. Enfermera que facilita la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
2. Enfermera que dirige grupos de ayuda para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.
3. Enfermera que facilita la capacidad de una persona enferma para interactuar con los demás.
4. Enfermera que coordina la asistencia y defensa de los individuos y poblaciones en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia y conseguir los resultados deseados.

El **Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud** (2017) la define como **«una modalidad de atención dirigida a personas con elevada complejidad clínica y necesidad de cuidados de alta intensidad»**, mediante un **plan de gestión del caso personalizado** en el que colabora el conjunto de profesionales implicados ^{F21}. Es una **práctica avanzada de enfermería**; su población diana son pacientes crónicos y personas en la etapa final de la vida con cuidados complejos, y **las personas que los cuidan** ^{F21}. Uno de sus atributos es **«el domicilio como ámbito central de la provisión del servicio, mientras sea posible»** ^{F21}. Entre sus servicios ^{F21}:

- **Diseño del plan asistencial en colaboración** con el paciente, las personas que cuidan y el **equipo profesional de referencia; supervisión, revisión y colaboración en la ejecución** del plan ^{F21}.
- Planificación, ejecución, supervisión y revisión de los **planes de atención centrados en la familia**, con especial atención a las personas que cuidan ^{F21}.
- Seguimiento programado, presencial (consulta, **domicilio**, hospital, residencia) y telefónico ^{F21}.
- **Identificación y movilización de servicios o recursos de apoyo al cuidado** ^{F21}.
- **Coordinación** de relaciones y derivaciones en AP, en el hospital y entre niveles, y **planificación anticipada del alta hospitalaria** ^{F21}.

El plan de gestión del caso se completa con **los planes específicos que desarrolla cada miembro del equipo** desde su disciplina (plan de atención médica, **plan de cuidados de enfermería** y otros) ^{F21}. Las gestoras organizan la atención y **colaboran en la atención directa**, con mayor o menor intensidad según el caso, pero **«no se ocupan habitualmente de todo el cuidado de la persona»**, pero sí asumen la responsabilidad de **supervisar y coordinar** la atención: la coordinación es **la esencia de la gestión de casos** ^{F21}.

EIR2018-196: ¿ejecuta la gestora el plan de cuidados?

La clave de EIR2018-196 da por **incorrecto** que la gestora de casos «es la enfermera responsable de la ejecución del Plan de cuidados». El modelo del SAS apoya esa clave: la gestora **diseña el plan asistencial en colaboración**, lo **supervisa, revisa y colabora en su ejecución**, y el plan de cuidados de enfermería es uno de los planes que desarrolla **cada miembro del equipo de intervención** desde su disciplina ^{F21}. Pero el mismo documento le atribuye también la **«planificación, ejecución, supervisión y revisión de los planes de atención centrados en la familia»** ^{F21}, de modo que la fuente vigente no respalda un «nunca ejecuta» absoluto. Para el examen, la respuesta es la de la clave: la responsable de ejecutar el plan de cuidados **no es la gestora**, sino el equipo que interviene, con el que ella colabora ^{F21}.

EIR 2018 · 196

P28 · respuesta en el solucionario

Enfermera gestora de casos: funciones

En relación a la enfermera gestora de casos comunitaria, señala la respuesta INCORRECTA:

1. La gestión de casos se ha incorporado como modalidad de atención a personas con problemas de salud de alta complejidad.
2. Es la enfermera responsable de la ejecución del Plan de cuidados.
3. Identifica y moviliza servicios o recursos de apoyo al cuidado.
4. Favorece la atención domiciliaria.

7. Comunidad y participación comunitaria

Comunidad. El informe de Alma-Ata dice que **«una comunidad se compone de personas que viven juntas, en una u otra forma de organización y cohesión sociales»**; sus miembros comparten, en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, e intereses y aspiraciones, incluida la salud ^{F1}. La OPS (1976) la define como un grupo social determinado por **límites geográficos y/o valores e intereses comunes**, cuyos miembros se conocen e influyen mutuamente y que funciona dentro de una determinada **estructura social** ^{F25}.



La comunidad según Alma-Ata

El informe de Alma-Ata une tres cosas: **personas**, que **viven juntas**, en alguna forma de **organización y cohesión sociales** ^{F1}. En la definición de la OPS el territorio no es imprescindible: el grupo se delimita por **límites geográficos y/o valores e intereses comunes**, dentro de una estructura social ^{F25}.

EIR 2006 · 72

P23 · respuesta en el solucionario

Comunidad: elementos básicos

Desde la perspectiva de la Enfermería Comunitaria los elementos básicos que componen una comunidad son:

1. Un grupo específico de personas que a menudo viven en una zona geográfica definida y comparten una misma cultura.
2. Un conjunto de personas que están organizadas en una estructura social y comparten un sistema de relaciones que han desarrollado a lo largo del tiempo.
3. Personas que se han agrupado en una circunscripción territorial.
4. Un grupo de personas que comparte el lugar o zona en la que viven y una organización social.
5. Un conjunto de personas que aunque vivan aisladas se encuentran cercanas unas de otras.

Participación de la comunidad según Alma-Ata. El informe conjunto del Director General de la OMS y del Director Ejecutivo del UNICEF la define como **«el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo»** económico y comunitario; así llegan a ser **agentes de su propio desarrollo**, en vez de beneficiarios pasivos ^{F1}. La comunidad debe intervenir en cada fase: evaluación de la situación, definición de problemas y prioridades, planificación, ejecución y revisión constante de las actividades ^{F1}.

El informe la califica de **«elemento esencial de la atención primaria de salud»** y dice que para que la APS sea accesible a todos **«es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario»**, participando plenamente en la planificación, la organización y la administración de la APS ^{F1}. Su recomendación 2 pide a los gobiernos que **estimulen y aseguren la plena participación de la comunidad** ^{F1}.

Imprescindible, no opcional

Para la OMS la participación comunitaria es **esencial e indispensable** para la APS ^{F1}: no es solo deseable, ni una necesidad puntual para hacer el diagnóstico de salud, ni una utopía. La Declaración la convierte en **derecho y deber** del pueblo (punto IV) ^{F1}.

EIR 2007 · 66

P19 · respuesta en el solucionario

Participación comunitaria: imprescindible para la APS

Según la Organización Mundial de la Salud, la participación comunitaria en la planificación y aplicación de la atención a la salud es:

1. Deseable, siempre que se realice colectivamente.
2. Imprescindible para una adecuada Atención Primaria de Salud.
3. Una reivindicación pendiente por parte de los colectivos representativos.
4. Una necesidad puntual del sistema para elaborar el diagnóstico de salud y los programas de salud más apropiados.
5. Una utopía que se ha demostrado de imposible aplicación.

La definición de la «autotransformación». Un asesor regional de la OPS, Castellanos Robayo, escribe en el Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (1981) que, dentro del enfoque de atención primaria, se entiende la participación comunitaria como un **«proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su bienestar y el de su comunidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente en el desarrollo»** ^{F27}.



Palabras que delatan la participación comunitaria

Autotransformación o asumir responsabilidades + necesidades propias y de la comunidad + capacidad de actuar / contribuir al desarrollo = participación comunitaria ^{F1,F27}. No es la educación para la salud, ni la APS, ni la salud comunitaria ^{F1,F27}.

Participación comunitaria: definición OMS

La concepción expresada por la OMS como “un proceso de autoformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su propio bienestar y al de su comunidad, así como, la capacidad de actuar consciente y constructivamente en su desarrollo”, se refiere al concepto de:

1. Cuidados informales.
2. Participación comunitaria.
3. Atención Primaria de Salud.
4. Educación para la salud.
5. Grupos de ayuda mutua.

Participación comunitaria: definición OMS

La idea expresada por la Organización Mundial de la Salud como: Un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal, se refiere al concepto de:

1. Salud Comunitaria.
2. Atención Primaria de Salud.
3. Participación Comunitaria.
4. Intersectorialidad.
5. Salud Pública.

Tipos de participación. Un documento técnico de la OPS (1973) recoge los **cinco tipos de participación** propuestos por el sociólogo Alberto Meister ^{F26}:

Tipo (Meister, en OPS 1973) ^{F26}	Qué la caracteriza
De hecho	No es voluntaria: nace de la tradición y repite las costumbres establecidas ^{F26}
Voluntaria	Reclutamiento voluntario; busca satisfacer nuevas necesidades y acelera los cambios sociales ^{F26}
Espontánea	Crea nuevos grupos sin la organización debida ; su papel social no está claro ^{F26}
Provocada	La suscitan agentes exteriores , hacia comportamientos juzgados deseables ^{F26}

Tipo (Meister, en OPS 1973) ^{F26}	Qué la caracteriza
Impuesta	Obligatoria e inducida desde el exterior; se considera indispensable para la acción de los grupos ^{F26}

Cinco tipos, ninguno «organizado»

Hecho, **Voluntaria**, **Espontánea**, **Provocada**, **Impuesta** ^{F26}. «Organizada» no es un tipo de la lista; y la espontánea se define justamente por la **falta** de organización ^{F26}.

EIR 2009 · 74

P34 · respuesta en el solucionario

Tipos de participación comunitaria

De los modelos que se enuncian a continuación, ¿cuál NO es un tipo de participación comunitaria?:

1. Organizada.
2. De hecho.
3. Voluntaria.
4. Espontánea.
5. Provocada.

8. Orientación comunitaria de la AP: APOC y niveles de salud comunitaria

Atención primaria orientada a la comunidad (APOC; en inglés, COPC). Es un modelo práctico que busca racionalizar, organizar y sistematizar los recursos sanitarios mediante intervenciones que reflejan los principios de **Alma-Ata**; surgió en los años 40, como extensión de la medicina familiar, con el trabajo de **S. L. Kark y E. Kark** en una zona rural de Sudáfrica ^{F22}. Es **«un proceso continuo en el cual se implementa la atención primaria en una población determinada según sus necesidades de salud, mediante la integración planificada de las acciones de salud pública y la práctica de la atención primaria»** ^{F22}. Se responsabiliza de la salud de **todos los miembros de la comunidad**, usen o no sus servicios, a diferencia de la AP tradicional, que solo responde a la demanda ^{F22}.

- **Elementos principales** (Gofin y Gofin): población definida; clínica de APS; equipo multidisciplinario; **acceso libre** a los servicios; equipo con habilidades clínicas, epidemiológicas y de ciencias sociales; trabajo del equipo **fuera de la clínica**; y **participación comunitaria (individual y colectiva)** en el cuidado y la mejora de la salud ^{F22}.
- Requiere **coordinación intersectorial**, porque los servicios de salud no pueden responder solos a todas las necesidades ^{F22}.
- Etapas: definición de la comunidad, decisión de prioridades, diagnóstico comunitario, programas de salud comunitaria, vigilancia, evaluación y análisis de la nueva situación; en las prioridades se busca la **integración y participación activa de la comunidad en el proceso de decisión** ^{F22}.

La APOC no es solo epidemiología

La APOC integra salud pública y clínica, pero su rasgo distintivo frente a la AP tradicional es trabajar para **toda la comunidad y con la comunidad**: la **participación comunitaria** es uno de sus elementos y la comunidad participa en decidir prioridades ^{F22}. No se limita a indicadores del centro de salud ni prioriza el medio ambiente o las infraestructuras urbanas ^{F22}.

EIR 2026 · 86

P1 · respuesta en el solucionario

APOC: participación activa de la comunidad

Según el modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC), uno de los pilares fundamentales es:

1. La planificación sanitaria basada en indicadores clínico-epidemiológicos del centro de salud.
2. La participación activa de la comunidad en la planificación y evaluación de los servicios.
3. La priorización de la atención al medio ambiente del entorno.
4. La priorización de la adecuación de las infraestructuras urbanas del entorno.

Niveles de orientación comunitaria. El documento del Ministerio **«Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico»** (aprobado el 9 de agosto de 2022) dice que la orientación comunitaria de la AP puede fortalecerse **a tres niveles** ^{F23}.

Nivel	Lema	En qué consiste
1. Individual y familiar	«Pasar consulta mirando a la calle» ^{F23}	Práctica asistencial habitual en consultas y domicilios, atendiendo a contextos, historias personales y familiares y entornos, desde un modelo de determinantes sociales; lo pueden aplicar todas las personas de AP, incluidas las unidades administrativas ^{F23}
2. Grupal	«Educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas» ^{F23}	Acciones educativas con grupos según las necesidades del territorio, con enfoque de determinantes y de equidad, aprendizaje significativo y entre iguales y fomento del autocuidado ^{F23}
3. Colectivo	«Acción comunitaria en salud: el centro de salud no es el único centro de salud» ^{F23}	Trabajo intersectorial e interdisciplinario con los agentes del territorio: parte del equipo participa en un proceso de acción o desarrollo comunitario (ya existente, liderado por otros o por el propio equipo); en la cartera común se llama atención comunitaria ^{F23}

Acciones que el documento pide incluir en las estrategias autonómicas, **por nivel** ^{F23}:

- **Nivel 1** (abordaje biopsicosocial y **recomendación de activos**): extender el modelo de determinantes y la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios en la práctica habitual; **desarrollar protocolos que guíen y sistematicen la recomendación de activos** para la salud y recursos comunitarios; y **contar con la experiencia, los materiales y las acciones de las escuelas de salud** y de otras iniciativas de la comunidad ^{F23}.
- **Nivel 2** (EpS con enfoque de determinantes sociales): **promover la participación de profesionales de AP en actividades de educación para la salud grupal con enfoque de determinantes sociales**; EpS para las personas que cuidan y grupos de iguales; oferta educativa grupal y comunitaria; materiales y repositorio de EpS grupal ^{F23}.
- **Nivel 3** (acción comunitaria): **regular, mediante normativa, los espacios formales de participación como los Consejos de Salud** o las comisiones de salud comunitaria de la zona básica o el barrio; coordinarlos con las mesas intersectoriales locales; participar en todas las fases de las acciones comunitarias; colaborar en el **mapeo de activos** ^{F23}.

Consulta, grupo, barrio

1 = consulta (mirando a la calle; protocolos para recomendar activos) → **2 = grupo** (EpS grupal sobre las causas de las causas) → **3 = barrio** (acción comunitaria, consejos de salud regulados por norma) ^{F23}. Son tres; no hay nivel 4.

Niveles de salud comunitaria en AP: nivel 2 (grupal)

Dentro de las acciones propias del Nivel 2 de Salud Comunitaria en Atención Primaria (AP) se contempla:

1. Desarrollar protocolos que guíen y sistematicen la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios.
2. Contar con la experiencia, los materiales y las acciones que se organizan desde las escuelas de salud y desde otras iniciativas y recursos de la comunidad.
3. Promover la participación de profesionales de AP en actividades de educación para la salud grupal con enfoque de determinantes sociales.
4. Regular, mediante normativa, los espacios formales de participación como los Consejos de Salud o las Comisiones de Salud Comunitaria de la Zona Básica de Salud.

Niveles de salud comunitaria en AP: nivel 2 (grupal)

Según los niveles de Salud Comunitaria en Atención Primaria, ¿con cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde el nivel 2?:

1. Nivel individual y familiar, pasando consulta mirando a la calle.
2. Nivel colectivo: acción comunitaria en salud, "el centro de salud no es el único centro de salud".
3. Nivel grupal: educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas.
4. Nivel colectivo y familiar.

Niveles de salud comunitaria en AP: nivel 3

¿A qué nivel de orientación comunitaria pertenece la acción: "Regular, mediante normativa, los espacios formales de participación como los Consejos de Salud o las Comisiones de Salud Comunitaria"?:

1. Nivel 1.
2. Nivel 2.
3. Nivel 3.
4. Nivel 4.

La **atención comunitaria** está en la cartera común de servicios del SNS **desde 2006** ^{F23}. En su redacción vigente (Orden SND/454/2025) comprende las actuaciones **con participación de la comunidad** para detectar y priorizar necesidades, identificar recursos y activos, y desarrollar y evaluar acciones para mejorar la salud y reducir las desigualdades; incluye la participación de los profesionales de AP en los **consejos de salud o comisiones de salud comunitaria** de la zona básica, y su creación donde no existan ^{F6}. El Marco Estratégico de 2019 dedica una de sus líneas (estrategia D) a **reforzar la orientación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención** en AP ^{F9}.

Todas las preguntas del tema (24)

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

EIR 2026 · 86

P1 · respuesta en el solucionario

Según el modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC), uno de los pilares fundamentales es:

1. La planificación sanitaria basada en indicadores clínico-epidemiológicos del centro de salud.
2. La participación activa de la comunidad en la planificación y evaluación de los servicios.
3. La priorización de la atención al medio ambiente del entorno.
4. La priorización de la adecuación de las infraestructuras urbanas del entorno.

EIR 2024 · 93

P2 · respuesta en el solucionario

Dentro de las acciones propias del Nivel 2 de Salud Comunitaria en Atención Primaria (AP) se contempla:

1. Desarrollar protocolos que guíen y sistematicen la recomendación de activos para la salud y recursos comunitarios.
2. Contar con la experiencia, los materiales y las acciones que se organizan desde las escuelas de salud y desde otras iniciativas y recursos de la comunidad.
3. Promover la participación de profesionales de AP en actividades de educación para la salud grupal con enfoque de determinantes sociales.
4. Regular, mediante normativa, los espacios formales de participación como los Consejos de Salud o las Comisiones de Salud Comunitaria de la Zona Básica de Salud.

EIR 2022 · 17

P3 · respuesta en el solucionario

¿En qué año se llevó a cabo, en Astaná, la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud “Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible”?:

1. 1978.
2. 2000.
3. 2010.
4. 2018.

Respecto a la frecuentación de las consultas en Atención Primaria, señale la respuesta **INCORRECTA**:

1. El principal factor que influye en la frecuentación de las consultas es la morbilidad del paciente.
2. La frecuentación se calcula dividiendo todas las visitas realizadas en un año en un centro de salud entre todas las personas atendidas.
3. La frecuentación es el número de veces que cada persona acude para recibir atención a demanda en un centro de salud en un año.
4. Las particularidades de los profesionales influyen en la frecuentación de las consultas.

Dentro de la Cartera de Servicios de Atención Primaria se recoge el servicio de Cirugía Menor, que incluye la realización de procedimientos terapéuticos o diagnósticos. ¿Qué característica deben cumplir dichos procedimientos?:

1. Ser de baja complejidad y mínimamente invasivos.
2. Tener un riesgo medio de hemorragia.
3. Se practican sin anestesia local y no requieren cuidados postoperatorios.
4. No pueden tener finalidad diagnóstica.

Según la Organización Mundial de la Salud ¿Cómo debería organizarse la atención enfermera en Atención Primaria?:

1. Organización por servicios y programas especializados.
2. Proporcionar asistencia familiar y atención domiciliaria a un número limitado de familias.
3. Organización en equipo médico de familiaenfermera.
4. Organizar equipos especializados en atención domiciliaria y enfermeras generalistas en consultas.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata, ¿en qué año se produjo?:

1. 1986.
2. 1978.
3. 1976.
4. 1967.

Señale la respuesta INCORRECTA en relación a la Cartera de Servicios de Atención Primaria:

1. Es la selección de servicios priorizada y organizada de una forma específica, que responde exclusivamente a prioridades de política sanitaria.
2. La unidad básica de la Cartera de Servicios es un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud clínico o preventivo con especificación de la población a la que se dirige.
3. La estructura general puede presentar variantes en función del servicio de que se trate o de las distintas Comunidades Autónomas.
4. Su finalidad es promover la atención de los procesos más frecuentes y relevantes en AP con arreglo a criterios científico técnicos consensuados.
5. Permite reducir la variabilidad clínica evitable y facilitar la equidad en la prestación de servicios.

Dentro de las funciones de atención directa desarrolladas por los Equipos de Atención Primaria NO se encuentra:

1. Promoción de los estilos de vida saludables.
2. Prevención secundaria de problemas más prevalentes en la comunidad.
3. Elaboración e implementación de proyectos de educación para la salud en los entornos escolares.
4. Formación pregrado y postgrado del personal de salud.
5. Rehabilitación.

La definición de Atención Primaria de Salud (APS) como “asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”, se estableció en:

1. La Conferencia de la OMS-Unicef de AlmaAta (1978).
2. Estrategia Mundial de la Salud para todos en el año 2000 (1981).
3. La Carta de Ottawa (1986).
4. 51ª Asamblea Mundial de la Salud (1998).
5. Ley general de Sanidad 14/1986 de 25 de abril.

En 1984 se inicia en España el proceso de reforma de la asistencia sanitaria con la publicación de:

1. La Ley General de Sanidad.
2. La Ley General de la Seguridad Social.
3. La Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
4. El Real Decreto de Estructuras Básicas de Salud.
5. El Real Decreto de Salud Nacional.

Entre las actividades expuestas a continuación, seleccione cuál es la actividad asistencial de la enfermera integrada en un equipo de atención primaria:

1. Indicar a una residente de Enfermería Familiar y Comunitaria la utilidad de los cuestionarios para establecer la dependencia de personas de 65 y más años.
2. Conocer la prevalencia de la capacidad funcional de la población de personas de 65 y más años, residentes en la zona básica de salud.
3. Presentar la sesión “Valoración funcional en personas de 65 y más años, en residentes en el área de salud en función del género y residentes en el área de salud” al equipo.
4. Determinar el nivel de independencia de F. P. y de su marido, ambos de 78 años de edad, en visita al domicilio de la pareja.
5. Fundamentar el método utilizado para determinar la capacidad funcional de C. V. de 77 años de edad, a un estudiante de Enfermería.

La estructura organizativa funcional formada por profesionales sanitarios y no sanitarios, que tiene responsabilidad en la prestación sanitaria de forma integral, compartida y continuada en la zona básica de salud, recibe el nombre de:

1. Servicio Autonómico de Salud.
2. Sistema Nacional de Salud.
3. Centro de Salud.
4. Equipo de Atención Primaria.
5. Cartera de Servicios.

La meta de “Salud Para Todos en el Año 2000” se propuso por primera vez en:

1. El Compendio Internacional de Indicadores de Salud (1999).
2. La Carta de Ottawa (1986).
3. La Segunda Conferencia de Promoción de la Salud de Adelaida (1988).
4. La Declaración de Yakarta (1997).
5. La Conferencia de Alma-Ata (1978).

En la consulta de enfermería programada en Atención Primaria:

1. Se atienden las demandas susceptibles de ser resueltas o valoradas por la enfermera, tanto por acceso directo o espontáneo del usuario como por derivación de otros profesionales.
2. Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, de prevención de alteraciones y seguimiento de enfermedades crónicas, cuando sea demandado por el paciente o familiar, sin necesidad de cita previa.
3. Se llevan a cabo actividades de promoción de la salud, de prevención de alteraciones, seguimiento de enfermedades crónicas, detección de problemas de autocuidado y seguimiento de los planes de cuidados, con cita previa.
4. Se llevan a cabo actividades de atención derivadas de otros profesionales siempre que no puedan ser programadas.
5. Se realizan actividades para la resolución de problemas puntuales de los pacientes.

Dentro del principio de transversalidad, en la atención de la salud, se reconocen como tipología de redes:

1. Red personal y red comunitaria.
2. Red personal, red comunitaria y red de servicios.
3. Red institucional, red comunitaria, red intersectorial y red de servicios.
4. Red intersectorial, red de servicios, red institucional, red comunitaria y red personal.
5. Red comunitaria y red de servicios.

El análisis cuantitativo de la gestión de la demanda en Atención Primaria NO incluye el indicador de:

1. Tipología de la demanda.
2. Presión asistencial.
3. Frecuentación.
4. Intensidad de uso.
5. Población por profesional.

La definición adoptada en la Conferencia Internacional de Alma Ata formulada como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autocorrespondencia y autodeterminación”, se refiere al concepto de:

1. Educación para la Salud.
2. Participación Comunitaria.
3. Salud Pública.
4. Sistema de Salud.
5. Atención Primaria de Salud.

Según la Organización Mundial de la Salud, la participación comunitaria en la planificación y aplicación de la atención a la salud es:

1. Deseable, siempre que se realice colectivamente.
2. Imprescindible para una adecuada Atención Primaria de Salud.
3. Una reivindicación pendiente por parte de los colectivos representativos.
4. Una necesidad puntual del sistema para elaborar el diagnóstico de salud y los programas de salud más apropiados.
5. Una utopía que se ha demostrado de imposible aplicación.

El modelo organizativo de atención primaria en España es:

1. Homogéneo en todo el Estado para garantizar la equidad.
2. Teórico con objetivos no operativos.
3. Centralista con el fin de garantizar la accesibilidad, el equilibrio, la igualdad y la participación de toda la ciudadanía.
4. Establecido por la Ley General de Sanidad y parte de cero respecto al sistema anterior.
5. Heterogéneo, con características diferentes en las distintas Comunidades Autónomas.

¿En qué Conferencia organizada por la Organización Mundial de la Salud se “instaba a los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción con el objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud y en coordinación con otros sectores sociales y económicos”?:

1. Alma Ata, 1978.
2. Ottawa, 1986.
3. Adelaida, 1988.
4. La Haya, 1991.
5. Kyoto, 2000.

La definición acorde con la Conferencia de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud, NO incluye entre sus principios básicos que ésta sea:

1. Prioritaria.
2. Esencial.
3. Pertinente.
4. Universal.
5. Participativa.

Desde la perspectiva de la Enfermería Comunitaria los elementos básicos que componen una comunidad son:

1. Un grupo específico de personas que a menudo viven en una zona geográfica definida y comparten una misma cultura.
2. Un conjunto de personas que están organizadas en una estructura social y comparten un sistema de relaciones que han desarrollado a lo largo del tiempo.
3. Personas que se han agrupado en una circunscripción territorial.
4. Un grupo de personas que comparte el lugar o zona en la que viven y una organización social.
5. Un conjunto de personas que aunque vivan aisladas se encuentran cercanas unas de otras.

La Organización Panamericana de la Salud define la Enfermería Comunitaria como aquella que:

1. Tiene como sujeto a la comunidad global y sus acciones están dirigidas a la población como un todo.
2. Dirige su atención a la promoción de la salud a través de la Educación para la Salud.
3. Lleva a cabo actividades para la promoción y mantenimiento de la salud y para la prevención, tratamiento y aceptación de la enfermedad.
4. Contempla a la persona desde una perspectiva física, psicológica y social.
5. Trabaja con grupos humanos.

Preguntas que también podrían ser de este tema (11)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2025 · 58

P25 · respuesta en el solucionario

Según los niveles de Salud Comunitaria en Atención Primaria, ¿con cuál de las siguientes afirmaciones se corresponde el nivel 2?:

1. Nivel individual y familiar, pasando consulta mirando a la calle.
2. Nivel colectivo: acción comunitaria en salud, "el centro de salud no es el único centro de salud".
3. Nivel grupal: educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas.
4. Nivel colectivo y familiar.

EIR 2025 · 52

P26 · respuesta en el solucionario

¿A qué nivel de orientación comunitaria pertenece la acción: "Regular, mediante normativa, los espacios formales de participación como los Consejos de Salud o las Comisiones de Salud Comunitaria"?:

1. Nivel 1.
2. Nivel 2.
3. Nivel 3.
4. Nivel 4.

EIR 2021 · 157

P27 · respuesta en el solucionario

Identifica una de las herramientas que se utiliza para valorar la adherencia terapéutica del paciente en la consulta de Atención Primaria:

1. Test de Morisky-Green.
2. Test de Richmond.
3. Cuestionario EuroQol - 5D.
4. Cuestionario de Salud SF - 12.

EIR 2018 · 196

P28 · respuesta en el solucionario

En relación a la enfermera gestora de casos comunitaria, señala la respuesta INCORRECTA:

1. La gestión de casos se ha incorporado como modalidad de atención a personas con problemas de salud de alta complejidad.
2. Es la enfermera responsable de la ejecución del Plan de cuidados.
3. Identifica y moviliza servicios o recursos de apoyo al cuidado.
4. Favorece la atención domiciliaria.

¿Cómo definiría la figura de enfermera Gestora de Casos?:

1. Enfermera que facilita la participación de los miembros de la familia en el cuidado emocional y físico del paciente.
2. Enfermera que dirige grupos de ayuda para proporcionar apoyo emocional e información relacionada con la salud a sus miembros.
3. Enfermera que facilita la capacidad de una persona enferma para interactuar con los demás.
4. Enfermera que coordina la asistencia y defensa de los individuos y poblaciones en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia y conseguir los resultados deseados.

¿Quién se encargó de elaborar el actual programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria?

1. Las Unidades Docentes de la Comunidad Autónoma responsable.
2. La comisión de Enfermería del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
3. La Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
4. Diseñado en el Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.

Según la Ley General de Sanidad 14/1986 de 25 de abril, el marco territorial de la Atención Primaria de Salud es:

1. El Distrito de Salud.
2. El Área de Salud.
3. La Zona Básica de Salud.
4. El Primer Nivel Asistencial.
5. El Centro de Atención Primaria.

La idea expresada por la Organización Mundial de la Salud como: Un proceso de autotransformación de los individuos en función de sus propias necesidades y de las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad sobre la salud y la capacidad de actuar en el desarrollo comunal, se refiere al concepto de:

1. Salud Comunitaria.
2. Atención Primaria de Salud.
3. Participación Comunitaria.
4. Intersectorialidad.
5. Salud Pública.

Una característica de la atención a personas con problemas crónicos de salud en atención primaria, es la atención:

1. Por el tipo de profesional de la salud específico.
2. Protocolizada.
3. A demanda.
4. Por diferentes tipos de profesionales, siendo cada uno responsable del área de su competencia.
5. En el centro de salud.

De los modelos que se enuncian a continuación, ¿cuál NO es un tipo de participación comunitaria?:

1. Organizada.
2. De hecho.
3. Voluntaria.
4. Espontánea.
5. Provocada.

La concepción expresada por la OMS como “un proceso de autoformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad en cuanto a su propio bienestar y al de su comunidad, así como, la capacidad de actuar consciente y constructivamente en su desarrollo”, se refiere al concepto de:

1. Cuidados informales.
2. Participación comunitaria.
3. Atención Primaria de Salud.
4. Educación para la salud.
5. Grupos de ayuda mutua.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 86	2	
P2	EIR 2024 · 93	3	
P3	EIR 2022 · 17	4	
P4	EIR 2020 · 150	3	
P5	EIR 2017 · 166	1	
P6	EIR 2017 · 27	2	
P7	EIR 2016 · 98	2	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2015 · 148	1	reconstruida por un tercero
P9	EIR 2015 · 135	4	reconstruida por un tercero
P10	EIR 2015 · 125	1	reconstruida por un tercero
P11	EIR 2014 · 125	4	reconstruida por un tercero
P12	EIR 2014 · 124	4	reconstruida por un tercero
P13	EIR 2014 · 117	4	reconstruida por un tercero
P14	EIR 2014 · 112	5	reconstruida por un tercero
P15	EIR 2013 · 119	3	reconstruida por un tercero
P16	EIR 2013 · 104	4	reconstruida por un tercero
P17	EIR 2012 · 100	1	reconstruida por un tercero
P18	EIR 2009 · 69	5	reconstruida por un tercero
P19	EIR 2007 · 66	2	reconstruida por un tercero
P20	EIR 2007 · 57	5	reconstruida por un tercero
P21	EIR 2007 · 55	1	reconstruida por un tercero
P22	EIR 2006 · 73	1	reconstruida por un tercero
P23	EIR 2006 · 72	4	reconstruida por un tercero
P24	EIR 2006 · 62	1	reconstruida por un tercero
P25	EIR 2025 · 58	3	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2025 · 52	3	
P27	EIR 2021 · 157	1	
P28	EIR 2018 · 196	2	hoja del archivo oficial
P29	EIR 2017 · 110	4	
P30	EIR 2016 · 74	3	hoja del archivo oficial
P31	EIR 2014 · 119	3	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2012 · 74	3	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2011 · 68	2	
P34	EIR 2009 · 74	1	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2006 · 76	2	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 (Declaración de Alma-Ata e informe conjunto OMS-UNICEF). Serie «Salud para Todos», n.º 1. Ginebra: OMS; 1978. · <https://iris.who.int/handle/10665/39244> · consultada 2026-09-28
- **F2** Organización Mundial de la Salud. Actas Oficiales n.º 240. 30.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 2-19 de mayo de 1977. Parte I: Resoluciones y decisiones (resolución WHA30.43, p. 25). Ginebra: OMS; 1977. · <https://iris.who.int/handle/10665/95347> · consultada 2026-09-28
- **F3** OMS y UNICEF. Declaración de Astaná. Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud: desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Astaná (Kazajistán), 25 y 26 de octubre de 2018. WHO/HIS/SDS/2018.61. · <https://iris.who.int/handle/10665/328128> · consultada 2026-09-28
- **F4** Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre estructuras básicas de salud (BOE-A-1984-2574). Texto consolidado, última actualización de 26/04/1999 (preámbulo y arts. 1-5). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1984-2574> · consultada 2026-09-28
- **F5** Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE-A-1986-10499). Texto consolidado, última actualización publicada el 23/03/2023 (arts. 56 y 62-64). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1986-10499> · consultada 2026-09-28
- **F6** Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud (BOE-A-2006-16212). Texto consolidado, última actualización publicada el 31/07/2026 (anexo II, con la redacción de la Orden SND/454/2025 en los apartados 1 y 3). · <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212> · consultada 2026-09-28
- **F7** Ministerio de Sanidad, Instituto de Información Sanitaria, Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP). Cartera de servicios de atención primaria. Desarrollo, organización, usos y contenido. Madrid; mayo de 2010. · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Cartera_de_Servicios_de_Atencion Primaria_2010.pdf · consultada 2026-09-28
- **F8** Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE núm. 157, de 29 de junio de 2010 (BOE-A-2010-10364). · <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/29/pdfs/BOE-A-2010-10364.pdf> · consultada 2026-09-28
- **F9** Resolución de 26 de abril de 2019, de la Secretaría General de Sanidad y Consumo, por la que se publica el Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria (BOE-A-2019-6761). BOE núm. 109, de 7 de mayo de 2019. · https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2019-6761 · consultada 2026-09-28
- **F10** Bernal-Delgado E, Angulo-Pueyo E, Ridao-López M, et al. Spain: Health system review 2024. Health Systems in Transition, vol. 26, n.º 3. European Observatory on Health Systems and Policies; 2024 (apartado 5.3, p. 101). · <https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/spain-health-system-review-2024> · consultada 2026-09-28
- **F11** Decreto 36/2022, de 10 de junio, por el que se regula la organización y el funcionamiento de los Equipos de Atención Primaria del Servicio de Salud del Principado de Asturias. BOPA núm. 122, de 27 de junio de 2022 (arts. 16-21). · <https://miprincipado.asturias.es/bopa/2022/06/27/2022-04883.pdf> · consultada 2026-09-28

- **F12** Ministerio de Sanidad. Actividad en el ámbito de la Atención Primaria. Sistema Nacional de Salud. SIAP-SNS. Definiciones 2025 (pp. 5-6). · <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/D/sistema-de-informacion-de-atencion-primaria-siap/actividad/definiciones> · consultada 2026-09-28
- **F13** Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D. Factores asociados a hiperfrecuentación en consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(3):167. doi:10.1157/13077487. · <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-factores-asociados-hiperfrecuentacion-consultas-pediatrica-13077487> · consultada 2026-09-28
- **F14** Lleras Muñoz S. Presión asistencial y redistribución de tareas: una oportunidad de mejora en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2011;43(10):522-3. doi:10.1016/j.aprim.2011.05.005. · <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-presion-asistencial-redistribucion-tareas-una-S0212656711002782> · consultada 2026-09-28
- **F15** Sarriá Santamera A, Timoner Aguilar J, Sandín Vázquez M. Frecuentación en atención primaria. Un replanteamiento conceptual. *Aten Primaria*. 2005;36(8):471. · <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-frecuentacion-atencion-primaria-un-replanteamiento-13081067> · consultada 2026-09-28
- **F16** Rodríguez Ortiz de Salazar B, Escortell Mayor E, Sánchez Casado J. Validez del indicador presión asistencial en un área de atención primaria. *Aten Primaria*. 1997;19:84-8. · <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-validez-del-indicador-presion-asistencial-14456> · consultada 2026-09-28
- **F17** García-Vicente S, de Ramón-Frías R. ¿Qué indicadores de actividad de atención primaria se ofrecen en el Sistema Nacional de Salud? Comparación entre consejerías de salud. *Medicina de Familia. SEMERGEN*. 2021. doi:10.1016/j.semerg.2020.11.001. · <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-que-indicadores-actividad-atencion-primaria-S1138359320304056> · consultada 2026-09-28
- **F18** Rodríguez Chamorro MA, García-Jiménez E, Amariles P, Rodríguez Chamorro A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. *Aten Primaria*. 2008;40(8):413-8. doi:10.1157/13125407. · <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-testsmedicion-cumplimiento-terapeutico-utilizados-practica-13125407> · consultada 2026-09-28
- **F19** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2012 (principios rectores, p. 38; recomendación 59, p. 54). · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABO_RDAJE_CRONICIDAD.pdf · consultada 2026-09-28
- **F20** Peña-Serrano A, Fraile-Muñoz A. Enfermera gestora de casos, ¿reinventar lo inventado? *Ene. Revista de Enfermería*. 2024;18(2) (recoge la definición de la intervención NIC 7320 Gestión de casos, de la Clasificación de Intervenciones de Enfermería, 6.ª ed., 2013). · https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2024000200007 · consultada 2026-09-28
- **F21** Servicio Andaluz de Salud, Estrategia de Cuidados de Andalucía. Modelo de Gestión de Casos del Servicio Andaluz de Salud. Guía de reorientación de las prácticas profesionales de la gestión de casos en el Servicio Andaluz de Salud. Sevilla; 2017 (pp. 10-20). · https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/mgc_modelo_gestion_casos.pdf · consultada 2026-09-28
- **F22** Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica (Organización Panamericana de la Salud)*. 2007;21(2/3):177-85. Repositorio institucional de la OPS. · <https://iris.paho.org/handle/10665.2/9333> · consultada 2026-09-28

- **F23** Ministerio de Sanidad. Recomendaciones para el diseño de estrategias de salud comunitaria en Atención Primaria a nivel autonómico. Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023, Grupo de trabajo de salud comunitaria. Aprobado el 9 de agosto de 2022 (apartados 2.1 y 3.4.2). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf · consultada 2026-09-28
- **F24** Oficina Regional para Europa de la OMS. SALUD21: el marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS (versión introductoria; Serie Europea de Salud para Todos n.º 5). Edición española: Madrid, Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999 (p. 23). · <https://iris.who.int/handle/10665/107327> · consultada 2026-09-28
- **F25** Organización Panamericana de la Salud / OMS. Informe del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la Enseñanza de Enfermería en Salud Comunitaria. Educación Médica y Salud. 1976;10(4) (pp. 374-376). · <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39454> · consultada 2026-09-28
- **F26** Organización Panamericana de la Salud. Servicios de salud comunitarios y participación de la comunidad. Documento CD22/DT/1, Discusiones Técnicas de la XXII Reunión del Consejo Directivo. Washington, D.C.; 1973 (pp. 9-10). · <https://iris.paho.org/handle/10665.2/68997> · consultada 2026-09-28
- **F27** Castellanos Robayo J (Organización Panamericana de la Salud). Enfoques estratégicos regionales para la extensión de la cobertura de los servicios de salud. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 1981;90(3) (p. 248). · <https://iris.paho.org/handle/10665.2/17188> · consultada 2026-09-28
- **F28** Organización Mundial de la Salud. Nuevo compromiso mundial con la atención primaria de la salud para todos en la conferencia de Astaná. Comunicado de prensa, 25 de octubre de 2018. · <https://www.who.int/es/news/item/25-10-2018-new-global-commitment-to-primary-health-care-for-all-at-astana-conference> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- EIR2013-104 (transversalidad y tipología de redes: intersectorial, de servicios, institucional, comunitaria y personal): no se ha localizado el origen en fuente válida (solo aparece en material docente y webs de terceros); no se intercala.
- EIR2006-073 (principios de la APS según Alma-Ata: esencial, pertinente, universal, participativa...): la Declaración de Alma-Ata no contiene una lista de «principios»; los rasgos salen de su definición (punto VI) y la lista oficial de principios de la OPS (Renovación de la APS, 2007) es otra. No se intercala.
- EIR2012-100: el indicador «intensidad de uso» no se ha localizado en fuente válida (sí presión asistencial, frecuentación, índice de utilización y de rotación); tampoco un texto que enumere expresamente los indicadores cuantitativos frente a la «tipología de la demanda».
- EIR2015-135: no se ha localizado en fuente oficial abierta la clasificación clásica de las funciones del EAP en «atención directa» y «funciones de apoyo»; el tema se apoya en el RD 137/1984 y en el Decreto asturiano 36/2022.
- EIR2013-119: ninguna fuente válida localizada atribuye expresamente a la consulta programada la lista «promoción, prevención, seguimiento de crónicos, detección de problemas de autocuidado y seguimiento de planes de cuidados»; el tema da la definición por quién inicia la consulta (RD 1030/2006).
- Definición de participación comunitaria como «proceso de autotransformación» (atribuida a la OMS en EIR2006-076 y EIR2012-074): el origen localizado es J. Castellanos Robayo, asesor de la OPS, que en 1980 la da como definición propia («según se usa aquí», Bol Of Sanit Panam 1980;89(2), p. 96, <https://iris.paho.org/handle/10665.2/10120>) y en 1981 la cita entre comillas; no se ha localizado en un documento normativo de la OMS.

- WHA30.43 en el informe de Alma-Ata: en las páginas revisadas del informe (escaneado) no aparece el número de la resolución; la Declaración recoge la meta sin citarla.