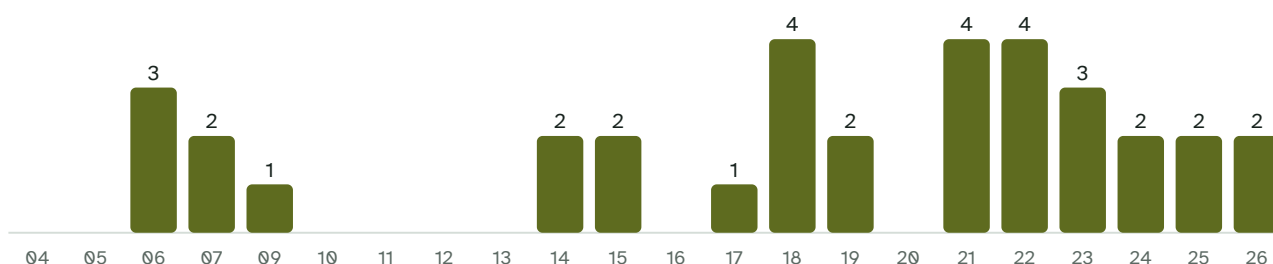


Programas de salud

Los programas de salud son la herramienta con la que la atención primaria pasa del diagnóstico de una comunidad a la acción: identificar necesidades, priorizarlas, fijar objetivos, organizar actividades y evaluar. En el EIR caen la lógica de la planificación sanitaria (niveles, plan, programa, protocolo), la clasificación de necesidades de Bradshaw, el método de Hanlon, las estrategias del Ministerio de Sanidad (Promoción de la Salud y Prevención, Cronicidad) con su consejo integral en estilo de vida y, cada vez más, la salud comunitaria: activos para la salud, niveles de orientación comunitaria de la atención primaria y el ciclo de la acción comunitaria.

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



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

Lo más repetido

- Activo en salud: definido desde la perspectiva de las personas implicadas (3 exámenes)
- Mapa de activos en salud: proceso participativo de la comunidad (2 exámenes)
- Niveles de orientación comunitaria en AP: nivel 2 = EpS grupal sobre las causas de las causas (2 exámenes)
- Método Hanlon: componentes y fórmula de priorización (2 exámenes)
- Pirámide de Kaiser Permanente: tres niveles de intervención (2 exámenes)
- Consejo sobre alimentación en adultos: al menos cada 2 años (2 exámenes)
- Clasificación de Bradshaw: necesidad comparada (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	6
1. Planificación sanitaria: niveles, plan, programa, protocolo y evaluación	7
2. Necesidades de salud y diagnóstico de la comunidad	12
3. Priorización de problemas: criterios y método de Hanlon	18
4. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (2013)	21
5. Consejo integral en estilo de vida, actividad física y PAPPs	24
6. Cronicidad: estrategia del SNS, pirámide de Kaiser y adherencia	30
7. Salud comunitaria: activos, agentes, redes y participación	34
8. Orientación comunitaria de la atención primaria y ciclo de la acción comunitaria	41
Todas las preguntas del tema (38)	47
Preguntas que también podrían ser de este tema (27)	58
Solucionario	66
Fuentes	69

Resumen para repasar

1. Planificación sanitaria: niveles, plan, programa, protocolo y evaluación

- **Normativa o estratégica** → **plan de salud** (5-10 años); **táctica o estructural** → **programas** (objetivos, actividades y recursos); **operativa** → organización y **puesta en marcha** de las actividades (protocolos) ^{F1}.
- La organización del trabajo y la **evaluación cierran el círculo** y reinician el ciclo ^{F3}.
- Etapas: identificar problemas → **priorizar** → valorar → elaborar programas → ejecutar → evaluar ^{F1}.
- Plan de salud: **intersectorial**, flexible y orientado al futuro; plan = **integración de programas** ^{F1 F2}.
- Objetivo específico o meta = objetivo general **cuantificado y temporalizado**; mensurables, claros, concretos, realistas ^{F2}.
- **Población diana**: individuos a los que puede dirigirse alguna actividad del programa; puede incluir a quienes no tienen el problema (educadores, padres) ^{F2}.
- Protocolo = normas de atención de una actividad: quién, dónde, cómo, cuándo, con qué y dónde se registra ^{F2}.
- Donabedian: **estructura** (medios), **proceso** (la atención prestada), **resultado** ^{F4}.
- Evaluación = **planificado frente a conseguido**: pertinencia, suficiencia, estructura, proceso, resultado, eficiencia y progresos ^{F3 F5}.
- Evaluación **prospectiva** (antes), **concurrente** (durante) o **retrospectiva** (al final); **eficacia** = efecto en la población alcanzada, **efectividad** = en la población diana ^{F3}.

2. Necesidades de salud y diagnóstico de la comunidad

- Diagnóstico de salud: **estructura demográfica, situación de salud y factores condicionantes**, con indicadores, encuestas y técnicas de consenso ^{F1}.
- Fuentes: registros y **EDO**, datos de **agua potable** y medio ambiente, utilización y **tiempos de espera** de servicios ^{F1 F6}.
- Explorar la comunidad **no es solo revisar registros**: escucha activa, técnicas cualitativas e **informantes clave** ^{F8}.
- **Grupo nominal**: pregunta, reflexión individual 10-20 min, puesta en común, aclaración y **votación**; **Delphi**: expertos **sin contacto**, por cuestionarios sucesivos ^{F1}.
- Bradshaw: **normativa** (el experto o profesional), **sentida** (deseo), **expresada** (demanda) y **comparada** (mismas características que quien recibe el servicio, sin recibirlo) ^{F6}.
- Indicadores del diagnóstico: **demográficos, socioeconómicos, del nivel de salud, medioambientales y de estilo de vida** ^{F1}.
- Otras técnicas: **brainstorming** (sin crítica, necesita otro método para priorizar), **forum comunitario** (asamblea abierta) e **informadores clave** (sin consenso) ^{F1}.

3. Priorización de problemas: criterios y método de Hanlon

- Priorizar = ordenar problemas; criterios: **importancia (magnitud y gravedad)** y **capacidad de intervención** (vulnerabilidad y factibilidad) ^{F2}.
- **Hanlon = (A + B) × C × D**: magnitud 0-10, gravedad 0-10, eficacia **0,5-1,5**, factibilidad **1 o 0** ^{F2 F7}.
- Hanlon y Pickett (1984), según la OPS: gravedad **0-20**, eficacia **0-10**, y **(A + B) × C / 3 × D** (0-100); SEMERGEN usa eficacia 0,5-1,5 ^{F24 F2}.
- Factibilidad: pertinencia, aceptabilidad, economía, recursos y legalidad ^{F2}.
- Otros: CENDES/OPS, parrilla de análisis, DARE, Simplex, GEVER ^{F2}.
- En GEVER, la gravedad se mide con letalidad, secuelas, **años de vida perdidos** o calidad de vida ^{F2}.
- Según el informe SESPAS 2008, Hanlon era **el método más utilizado** en planificación sanitaria en España ^{F7}.

4. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (2013)

- Aprobada en **diciembre de 2013**, en el marco del **abordaje de la cronicidad** ^{F9}.
- Poblaciones: **menores de 15 y mayores de 50** ^{F9}.
- Factores: **alimentación, actividad física, alcohol, tabaco, bienestar emocional y seguridad del entorno**; no la salud sexual ^{F9}.
- **Plan de desarrollo local**: adhesión de ayuntamientos, **mesas intersectoriales** con participación ciudadana y mapas de recursos ^{F9 F8}.
- Objetivo: **+2 años de esperanza de vida en buena salud** al nacer para 2020; eje de **poblaciones, entornos y factores** ^{F9}.
- Cinco intervenciones: consejo integral infantil, embarazo y lactancia, **parentalidad positiva**, consejo integral en mayores de 50 y **cribado de fragilidad** ^{F9}.

5. Consejo integral en estilo de vida, actividad física y PAPPS

- Consejo breve: oportunista, **2-10 minutos** ^{F10}.
- Alimentación: **al menos cada 2 años**; tabaco: **mínimo cada 2 años**, sin reinterrogar a **mayores de 25 que nunca han fumado**; alcohol: cada 2 años en **mayores de 14** ^{F10}.
- Cuestionario rápido: **fruta y verdura, bebida, procesados/precocinados** ^{F10}.
- 2015: 150 min moderada o 75 vigorosa en bloques de **10 min**, fuerza 2 días, flexibilidad 2 veces, descansos **cada 1-2 horas** ^{F10}.
- OMS 2020: **5-17 años, media de 60 min/día** moderada a vigorosa; adultos **150-300 / 75-150 min** ^{F11}; OMS 2010: **5-17 años, mínimo de 60 minutos diarios** ^{F22}.
- Informe 2016: no cumplen la actividad física recomendada el **62 % de las niñas de 9-12** (39 % de los niños) y el **86 % de las chicas de 13-17**; activos en el recreo a los 16-18 años, **15 % de chicos frente a 3 % de chicas** ^{F23}.
- Aislamiento social (PAPPS 2020): factores **≥75 años, no tener hijos, jubilación**; escalas **Gijón y OARS**; mejor el **formato grupal con participación activa** ^{F12}.
- PAPPS 2024 mantiene la regla del tabaco y pregunta a **todos los adultos**, incluido el vapeo ^{F14}.

6. Cronicidad: estrategia del SNS, pirámide de Kaiser y adherencia

- Estrategia de Cronicidad (2012): **cardiovasculares, respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y salud mental**, más el resto de condiciones crónicas; **AP es el eje** ^{F15}.
- **Kaiser**: tres niveles, **autogestión** (70-80 %), **gestión de la enfermedad** (15 %) y **gestión del caso** (5 %) ^{F16}.
- Recomienda **protocolos comunes** y gestión de casos ^{F15}.
- **Morisky-Green**: 4 preguntas sí/no; cumplidor = No/Sí/No/No, o «no» a todas en la variante de Val Jiménez ^{F17}.
- Estratificar según **complejidad clínica y uso de recursos**; los más complejos reciben **cuidados fundamentalmente profesionales** ^{F15 F16}.

7. Salud comunitaria: activos, agentes, redes y participación

- **Recurso** = bien o servicio, mirada **objetiva**; **activo** = reconocido por **las personas implicadas**, mirada **subjetiva** ^{F8}.
- **Mapa de activos** = proceso **participativo**; **mapa de recursos** = inventario ^{F8}.
- Agentes: **administraciones** (clave el gobierno local), **técnicos y profesionales** y **ciudadanía**, incluidas **personas a título individual** ^{F8 F18}.
- Redes comunitarias: colaboración para un bien o problema común; **inclusivas y flexibles**; **evaluación continua** de efectividad y equidad ^{F20}.
- Participación: información, consulta, **decisión-acción conjunta** (mínimo), **liderazgo múltiple y compartido**, control comunitario ^{F19}.
- Comunidad: **vínculos, proximidad y agentes comunitarios** ^{F8}; OPS/OMS (adoptada en 1975): **grupo social con límites geográficos y/o valores e intereses comunes**, cuyos miembros **se conocen e influyen mutuamente** ^{F21}.
- Participación comunitaria: asumir responsabilidades sobre la salud **propia y de la colectividad**; implicarse en diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación ^{F18}.

8. Orientación comunitaria de la atención primaria y ciclo de la acción comunitaria

- **Nivel 1**: consulta mirando a la calle; **nivel 2**: **EpS grupal sobre las causas de las causas**; **nivel 3**: acción comunitaria y **regulación de los consejos de salud** ^{F18}.
- Apartados de una estrategia: introducción, análisis, objetivos, líneas de acción, **presupuesto específico**, evaluación, bibliografía ^{F18}.
- Ciclo: **fases 0 a 6, orientativas**; la **3** es **analizar y priorizar** ^{F8}.
- Pilares: **trabajo interno de cada organización, participación, procesos relacionales y claves de resultado** ^{F8}.
- La **evaluación** de la estrategia se hace **con los protagonistas de la comunidad**, no por un comité de expertos ^{F18}.
- Evaluación del ciclo: **formativa** en cada fase y **sumativa** al final ^{F8}.

Puntos clave

- 1 Planificación **normativa o estratégica** → plan de salud; **táctica** → programas (objetivos, actividades y recursos); **operativa** → puesta en marcha de las actividades ^{F1}; la evaluación cierra el ciclo ^{F3}.
- 2 Etapas: identificar necesidades → **priorizar** → valorar → elaborar el programa → ejecutar → **evaluar** ^{F1}.
- 3 Evaluación = diferencias entre **lo planificado y lo conseguido**; se evalúan pertinencia, suficiencia, estructura, proceso y resultado ^{F3}.
- 4 Bradshaw: **normativa** (la define el experto), **sentida, expresada** (demanda) y **comparada** (quien tiene las mismas características que otro que recibe el servicio y no lo recibe) ^{F6}.
- 5 **Grupo nominal**: pregunta, reflexión individual, puesta en común, aclaración y votación; **Delphi**: expertos a distancia por cuestionarios sucesivos ^{F1}.
- 6 **Hanlon = (magnitud + gravedad) × eficacia × factibilidad**; A y B de 0 a 10, C de 0,5 a 1,5 y D 0 o 1 ^{F2 F7}.
- 7 Estrategia de Promoción de la Salud (2013): **menores de 15 y mayores de 50**; alimentación, actividad física, alcohol, tabaco, bienestar emocional y seguridad del entorno ^{F9}.
- 8 Consejo sobre alimentación en adultos **al menos cada 2 años**; tabaco, como mínimo cada 2 años y sin reinterrogar a los **mayores de 25 que nunca han fumado** ^{F10}.
- 9 OMS 2020: de 5 a 17 años, **media de 60 minutos diarios** de actividad moderada a vigorosa, principalmente aeróbica ^{F11}.
- 10 Pirámide de Kaiser: **tres niveles** (autogestión, gestión de la enfermedad, gestión del caso) ^{F16}.
- 11 Morisky-Green: **4 preguntas sí/no**; cumplidor el que acierta las cuatro (No/Sí/No/No, o «no» a todas en la variante de Val Jiménez) ^{F17}.
- 12 **Activo** = recurso reconocido como favorable **desde la perspectiva de las personas implicadas** (mirada subjetiva); el mapa de activos es un **proceso participativo** ^{F8}.
- 13 Orientación comunitaria de la AP: **nivel 1** consulta mirando a la calle, **nivel 2** EpS grupal sobre las causas de las causas, **nivel 3** acción comunitaria ^{F18}.
- 14 Ciclo de acción comunitaria: **fases 0 a 6, orientativas**; la **fase 3** es analizar y priorizar ^{F8}.

1. Planificación sanitaria: niveles, plan, programa, protocolo y evaluación

La planificación sanitaria es una actividad **dirigida a preparar el futuro**, partiendo de una situación determinada ^{F1}. Según el nivel de la organización en que se desarrolla, la serie de SEMERGEN distingue **tres tipos** de planificación ^{F1}:

Tipo	Qué hace	En qué se concreta
Normativa o estratégica (algunos autores la identifican con el nivel político) ^{F1}	Identifica las necesidades y problemas de salud prioritarios y fija las grandes orientaciones o fines ^{F1}	Un plan de salud a 5 o 10 años ^{F1}
Táctica o estructural ^{F1}	Valora los problemas priorizados, fija los objetivos generales y específicos, decide las actividades y, sobre todo, aporta y distribuye los recursos ^{F1}	Programas de salud , de 3 a 5 años ^{F1}
Operativa ^{F1}	Comprende la organización última y la puesta en marcha de las actividades en tiempo y espacio ; se desarrolla en los niveles más bajos de la organización (centros de salud, hospitales) ^{F1}	Programas y protocolos concretos, también llamados «planes de operaciones» ^{F1}

Para algunos expertos, estos tipos solo son **fases de un mismo proceso** (esquema modificado de Pineault y Daveluy): la planificación estratégica produce el plan de salud, la táctica los programas y la operativa el plan operativo ^{F1}. El plan de operaciones contempla al menos la secuencia de las actividades, los recursos necesarios, el reparto de responsabilidades y el cronograma ^{F3}. Por tanto, ejecutar las acciones corresponde al nivel operativo ^{F1}. Tras la puesta en marcha, «para cerrar el círculo de la planificación» quedan **la organización del trabajo y la evaluación**, que permite conocer los cambios conseguidos respecto a la situación de partida, subsanar errores y **poner de nuevo en marcha el ciclo** ^{F3}.

Plan de salud. Recoge las grandes líneas de actuación en materia sanitaria e incluye datos sobre la situación de salud de la población, la determinación de prioridades, los objetivos generales y las actividades y programas a desarrollar ^{F1}. Ha de contemplar una **estrategia de acción intersectorial**: si no está coordinado con otros sectores, tiene pocas posibilidades de éxito ^{F1}. Ha de ser **flexible** y capaz de adaptarse a las necesidades cambiantes de la población ^{F1}. Como la planificación es una actividad dirigida a preparar el futuro y el plan exige acción intersectorial, un plan de salud no se limita a la situación presente ni a los determinantes que dependen del sistema sanitario: aborda los problemas de forma global ^{F1}. **Programa de salud**: conjunto de actividades organizadas y coordinadas cuya finalidad es alcanzar un cambio en el estado de salud de una población, teniendo en cuenta los recursos disponibles; es **integral** si incluye actividades de prevención primaria, secundaria y terciaria ^{F2}. Un plan de salud es la **integración de programas** con el fin de alcanzar un objetivo global ^{F2}.

Las **etapas** de la planificación sanitaria, en su orden operativo, son ^{F1}:

- **Identificación de problemas y necesidades de salud** (el clásico diagnóstico de salud) ^{F1}.
- **Priorización** de problemas y necesidades ^{F1}.
- Valoración de los problemas priorizados ^{F1}.
- **Elaboración de programas de salud**: objetivos, población diana y actividades ^{F1 F2}.
- **Ejecución y organización del trabajo** ^{F1}.
- **Evaluación** ^{F1}.

★ Qué va después de qué

Identificados los problemas y necesidades, **lo siguiente es priorizar** ^{F1}. **Decidir qué actividades se harán** forma parte de la elaboración (programación) del programa, en el nivel táctico ^{F1}; **ejecutarlas** corresponde al nivel operativo ^{F1}, y la **evaluación** cierra el ciclo de la planificación ^{F3}. En el EIR (EIR2011-079, respuesta oficial «operativa») la realización de las acciones y su evaluación se agrupan en la etapa operativa ^{F3}.

EIR 2011 · 79

P59 · respuesta en el solucionario

Plan de salud: fase operativa (ejecución y evaluación)

Dentro de un plan de salud, la parte del proceso que comprende la realización de las acciones e intervenciones sobre la salud o los servicios, y su evaluación, posibilitando cerrar el ciclo de la planificación y comparar los resultados obtenidos con los esperados, se corresponde con la etapa de planificación:

1. Normativa.
2. Estratégica.
3. Táctica.
4. Estructural.
5. Operativa.

EIR 2009 · 77

P32 · respuesta en el solucionario

Plan de salud: perspectiva integral del abordaje

Es característico de un plan de salud que:

1. La planificación se oriente a la situación presente.
2. El modelo metodológico utilizado se centre exclusivamente en la epidemiología.
3. Todos los determinantes de salud considerados estén dentro del área de acción del sistema sanitario.
4. Sea totalmente objetivo.
5. Se plantee con una perspectiva integral del abordaje de los problemas.

Planificación: etapa de priorización tras identificar problemas

Una vez que se han identificado los problemas y las necesidades que afectan a una comunidad se pasa a la etapa de:

1. Planificación.
2. Ejecución-acción.
3. Determinación de objetivos.
4. Intervención y resolución.
5. Priorización.

Programa de salud: determinación de actividades = etapa de programación

En la elaboración de un programa de salud, la determinación de actividades se corresponde con la etapa de:

1. Programación.
2. Ejecución.
3. Priorización.
4. Organización.
5. Dirección.

Estructura de un programa: introducción (justificación), objetivos y metas en salud, **población diana**, actividades (protocolo), evaluación y anexos ^{F2}. Los **objetivos generales** expresan los resultados globales deseados y no exigen cuantificación; el **objetivo específico o meta** es el objetivo general **cuantificado y temporalizado** ^{F2}. Los objetivos deben ser **cuantificables o mensurables** (para poder evaluarlos), **claramente definidos, concretos y concisos** (referidos a un solo aspecto), **realistas** en cuanto a factibilidad y aceptabilidad, y no demasiado numerosos ^{F2}.

Población diana: el conjunto de individuos a los que va dirigido el programa; resulta más operativo definirla como el conjunto de individuos **a los que puede dirigirse alguna actividad del programa**, con criterios de inclusión y exclusión ^{F2}. La población a la que se dirige un objetivo **puede ser diferente de la afectada por el problema**: los programas que buscan modificar hábitos en niños o adolescentes pueden dirigirse también a educadores ^{F2}. La **cobertura prevista** (porcentaje de la población diana al que se quiere aplicar el programa) es lo último que se fija ^{F2}.

Programa de salud: definición de la población diana

En un programa cuyo objetivo es capacitar a los adolescentes para que puedan elegir conductas orientadas a la salud y ayudar a los padres a promover la adaptación saludable de sus hijos, la población diana estará formada por:

1. Padres de adolescentes de ambos sexos residentes en la zona básica de salud.
2. Adolescentes de ambos sexos y sus padres residentes en la zona básica de salud.
3. Padres, profesores y cuidadores de adolescentes residentes en la zona básica de salud.
4. Los amigos y las amigas de adolescentes de la zona básica de salud.
5. Adolescentes de ambos sexos que residan en la zona básica de salud.

Protocolo: «el documento que recoge el conjunto de normas de atención en el desarrollo de una actividad»; los protocolos de las actividades son **el corazón del programa** ^{F2}. Un protocolo bien elaborado responde a **quién** realiza la actividad, **dónde, cuál es el procedimiento** (cómo se lleva a cabo), **cuándo y con qué frecuencia**, con qué recursos materiales y dónde se registra ^{F2}. Los recursos se dividen en **humanos, materiales y financieros** ^{F2}. Por analogía con los enfoques de Donabedian (tabla siguiente; Donabedian no habla de protocolos, es una aplicación de estos apuntes), el protocolo que detalla **qué actividades se hacen, cómo y cuándo** describe **el proceso** de la atención, no sus medios (estructura) ni sus resultados.

Donabedian (1966) describe tres enfoques para evaluar la calidad de la atención ^{F4}:

Enfoque	Qué examina (Donabedian)
Estructura	No la atención en sí, sino el marco en que se presta y sus instrumentos : instalaciones y equipamiento, cualificación y organización del personal, estructura administrativa y organización financiera ^{F4}
Proceso	La atención misma : si se ha aplicado lo que hoy se considera buena atención (información clínica obtenida, justificación del diagnóstico y del tratamiento, competencia técnica en los procedimientos, coordinación y continuidad, aceptabilidad) ^{F4}
Resultado	Recuperación, restauración de la función y supervivencia; los resultados son los validadores últimos de la efectividad y la calidad, pero no dicen dónde está el fallo ^{F4}

Evaluación de un programa: «el análisis de las diferencias entre **lo planificado y lo conseguido**, teniendo en cuenta los recursos empleados», para medir el impacto y tomar medidas correctoras ^{F3}. Puede ser **prospectiva** (antes de ejecutar: pertinencia, factibilidad, eficacia prevista), **concurrente** (durante) o **retrospectiva** (al final: consecución de objetivos y efecto sobre la salud) ^{F3}. Los aspectos evaluables son **pertinencia** (justificación del programa y adecuación a las necesidades detectadas), **suficiencia, estructura** (recursos humanos, materiales y financieros y aspectos organizativos), **proceso** (actividades desarrolladas en cumplimiento de lo establecido en el programa, grado de actividad y cobertura) y **resultado** (cobertura, eficacia, efectividad, eficiencia y satisfacción) ^{F3}. La **eficiencia** relaciona los resultados con los recursos gastados, y la comparación entre las prestaciones efectivas y las previstas se llama **determinación de progresos** ^{F3}. Para la OMS, el examen de los

progresos analiza las actividades desplegadas, los recursos utilizados y el **grado de correspondencia entre la ejecución efectiva y la planificada** ^{F5}.

Eficacia no es efectividad

En la evaluación de un programa, según la mayoría de autores (no es unánime), la **eficacia** (eficacia potencial, en terminología de Pineault) es el efecto conseguido en la **población alcanzada**; la **efectividad** (eficacia real), el efecto en la **población diana** ^{F3}. En otros contextos, «eficacia» se usa como efecto en condiciones ideales: lee bien el enunciado.

EIR 2014 · 184

P28 · respuesta en el solucionario

Evaluación de un programa de salud: aspectos a considerar

La evaluación de un programa de salud debe considerar:

1. La necesidad del programa.
2. Los resultados conseguidos.
3. El rendimiento de los recursos.
4. El cumplimiento de los tiempos previstos.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

EIR 2011 · 74

P60 · respuesta en el solucionario

Protocolo de proceso: qué, cómo y cuándo de las actividades

¿Qué tipo de protocolo es aquél en el que se describen detalladamente el qué, el cómo y el cuándo de las actividades que ha de llevar a cabo la enfermera con los pacientes hipertensos?:

1. De estructura.
2. De proceso.
3. De resultado.
4. De calidad.
5. De planificación.

2. Necesidades de salud y diagnóstico de la comunidad

El **diagnóstico de salud** es la identificación de problemas y necesidades de salud: la obtención de información sobre el nivel de salud de la población en las esferas física, psíquica y social, sobre sus **factores determinantes** y sobre su posible evolución ^{F1}. Debe abordar la **estructura demográfica**, la **situación de salud** y los **factores condicionantes** del nivel de salud ^{F1}. Se obtiene con **indicadores** (información cuantitativa y objetiva, procedente de registros o fuentes estables), **encuestas** (datos generalmente subjetivos) y **técnicas de consenso** (fruto cualitativo y subjetivo) ^{F1}. Los indicadores se dividen en demográficos, socioeconómicos, del nivel de salud, medioambientales y de estilo de vida ^{F1}.

Indicadores	Ejemplos y fuentes
Demográficos	Población total, densidad, índice de envejecimiento, razón de dependencia, pirámide de población, movimiento natural y migratorio ^{F1}
Socioeconómicos	Renta per cápita, tasa de pobreza, actividad y paro, analfabetismo; y, sobre todo, los del sistema sanitario : recursos, accesibilidad (isocronas, tiempo medio de consulta, tiempos de espera) y utilización (presión asistencial, derivaciones) ^{F1}
Nivel de salud (aquí, morbilidad)	La morbilidad diagnosticada sale de historias clínicas, altas hospitalarias, registros específicos (tumores, VIH) y la estadística de enfermedades de declaración obligatoria ; la morbilidad sentida solo se conoce por encuesta o exámenes de salud ^{F1}
Estilo de vida	Tabaquismo, alcohol, drogas, violencia y accidentes, ejercicio y alimentación; la propia serie también los cuenta como un bloque del nivel de salud, junto a mortalidad, morbilidad e incapacidad ^{F1}
Medioambientales	Aguas de consumo (abastecimiento, depuración, potabilidad, porcentaje de viviendas con agua potable), aguas residuales, residuos sólidos, contaminación del aire, fauna y flora, higiene alimentaria y medio construido (vivienda, zonas recreativas, transporte) ^{F1}

Los indicadores **medioambientales** describen el medio físico (agua, aire, residuos, fauna y flora, medio construido), no la estructura de la población ni el empleo, que son indicadores demográficos y socioeconómicos ^{F1}. La guía del Ministerio de Sanidad sobre acción comunitaria propone explorar **el entorno físico**, las características **demográficas y socioeconómicas**, los aspectos **sociales y culturales** y el **estado de salud** de la comunidad, e identificar los recursos comunitarios ^{F8}. Como fuentes cita los sistemas de información estadísticos y sanitarios, las encuestas de salud y de consumo de drogas, los observatorios y atlas de salud pública y los planes municipales, completados con la información del centro de salud y de otros informantes clave ^{F8}. Bradshaw recuerda que en los servicios de salud las **listas de espera** se usan como medida de la necesidad no cubierta, aunque él las considera una mala medida de la necesidad real ^{F6}.

Diagnóstico de salud: fuentes de información

Dentro de las fuentes utilizadas para realizar el diagnóstico de salud de una comunidad, es esencial conocer:

1. Censo de la población.
2. Registro de enfermedades de declaración obligatoria.
3. Suministro de agua potable.
4. Listas de espera.
5. Todas son correctas.

Diagnóstico de salud: indicador del entorno medioambiental (características geográficas)

En el diagnóstico de salud de una comunidad, si se plantea como objetivo conocer cómo influye el entorno medioambiental en la comunidad, el indicador que se tiene que incluir en el análisis es:

1. Tasa de desempleo.
2. Características geográficas.
3. Estructura general de la población.
4. Tasa de fecundidad.
5. Población correctamente vacunada.

La **exploración de la comunidad** (fase 2 del ciclo de acción comunitaria) busca identificar las características de la comunidad: datos y recursos existentes, necesidades, estrategias de resistencia y **activos para la salud señalados por la población** ^{F8}. Primero se delimita la comunidad con unos límites que permitan el **encuentro directo** entre administraciones, profesionales y ciudadanía ^{F8}. Después se recopila la información existente (**datos del territorio**: entorno físico, demografía, socioeconomía, estado de salud, recursos) ^{F8}. Pero la exploración **no puede hacerse exclusivamente recuperando datos de registros**: debe ser una investigación colectiva basada en la **escucha activa y la observación**, con técnicas cualitativas (observación, entrevistas individuales y grupales, foros públicos) y con **informantes clave**, personas cuyo conocimiento surge de una posición estratégica en la vida social del barrio ^{F8}. Conviene no alargar esta fase: se trata de un diagnóstico rápido que permita pasar a la acción ^{F8}.

Explorar no es priorizar ni evaluar

La exploración recoge datos del territorio y la voz de la población; **priorizar** es la fase siguiente (fase 3) y **evaluar** la última (fase 6) ^{F8}.

Diagnóstico de salud: contacto directo con población y actores locales

En un diagnóstico de salud de la comunidad es cierto que:

1. Es un examen que se realiza de forma previa al acceso a la comunidad.
2. La herramienta clave es el uso de los sistemas de información.
3. Es un diagnóstico que incluye principalmente los problemas de salud de una zona.
4. Es necesario contactar directamente con la población del barrio y actores locales.

Diagnóstico comunitario: datos estructurales básicos del territorio

El diagnóstico comunitario es un instrumento fundamental en todo proceso de participación comunitaria. Esta fase del proceso debe incluir:

1. Debe incluir un traspaso progresivo del protagonismo hacia la comunidad que será capaz de gestionar sus recursos y capacidades.
2. Debe incluir la priorización de los problemas detectados.
3. Debe incluir datos estructurales básicos de territorio.
4. Debe incluir la evaluación del impacto de resultados.

Las **técnicas de consenso** se emplean para detectar problemas o necesidades de salud en una comunidad, priorizarlos o proponer soluciones ^{F1}. Se dividen en las basadas en la **reflexión individual** (grupo nominal, brainwriting, Delphi) y las basadas en la **interacción** (tormenta de ideas, forum comunitario) ^{F1}:

Técnica	Cómo funciona
Grupo nominal	Se usa sobre todo para identificar problemas y priorizarlos. Pequeño grupo (no más de 10) al que se hace una pregunta inicial ; se les pide que reflexionen sobre el tema durante 10-20 minutos ; luego cada uno enuncia sus ideas, que se anotan en lugar visible; las ideas se aclaran, comentan y agrupan ; al final se vota para priorizar ^{F1}
Delphi	Expertos sin contacto físico , por correo: sus respuestas se agrupan en un segundo cuestionario para puntuar el grado de acuerdo y con los ítems más puntuados se construye un tercero para priorizar; puede durar 1-2 meses como mínimo ^{F1}
Informadores clave	Encuesta a personas «representativas»; no busca consenso y no hay contacto entre participantes ^{F1}
Brainwriting	Variante del grupo nominal (6-8 personas) en la que el animador aporta las ideas iniciales ^{F1}

Técnica	Cómo funciona
Tormenta de ideas (brainstorming)	Grupo de 8-10 que enuncia ideas espontáneamente; prohibidas la discusión y la crítica durante la exposición; necesita otro método para priorizar ^{F1}
Forum comunitario	Asamblea abierta a toda la comunidad para identificar problemas y necesidades; fiel reflejo de su opinión, pero puede generar expectativas irreales y desviarse del objetivo ^{F1}
Impresiones de la comunidad	Combina tres fases: entrevistas con informadores clave, recogida de datos oficiales (indicadores, encuestas) y un forum comunitario ^{F1}

Nominal = juntos, pero pensando solos

En el **grupo nominal** están reunidos, pero primero cada uno reflexiona por su cuenta y después ponen en común; en el **Delphi** ni siquiera se ven: todo por cuestionario. Los dos son de reflexión individual ^{F1}.

EIR 2014 · 128

P29 · respuesta en el solucionario

Técnicas de consenso para identificar problemas: Delphi y grupo nominal

Un procedimiento para identificar problemas de salud es mediante el acuerdo de personas que tienen información cualificada sobre la comunidad. Dos de las técnicas más frecuentemente empleadas son:

1. El cuestionario y los programas.
2. Las técnicas por indicadores y por criterios.
3. La técnica Delphi y la técnica del Grupo Nominal.
4. El cuestionario y el forum comunitario.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

EIR 2007 · 67

P33 · respuesta en el solucionario

Técnica del grupo nominal: dinámica

En un trabajo de grupo con la comunidad cuya finalidad es identificar problemas y establecer prioridades. Su dinámica consiste en plantear una pregunta sobre la que cada miembro realiza una reflexión personal, poner en común las diferentes respuestas y establecer una discusión que permita concretar y clarificar las ideas y agrupar los temas ¿se utiliza la técnica de?:

1. Brainstorming.
2. Acción participante.
3. Marketing social.
4. Grupo nominal.
5. Precede.

Bradshaw (1972) observó que administradores e investigadores usan **cuatro definiciones distintas de necesidad** ^{F6}:

Necesidad	Definición (Bradshaw, 1972)
Normativa	La que el experto o profesional , el administrador o el científico social define como necesidad: se fija un estándar deseable y quien no lo alcanza está en necesidad; no es absoluta y cambia con el conocimiento y los valores ^{F6}
Sentida (percibida)	Equivale a deseo : se pregunta a la población si siente que necesita el servicio; está limitada por la percepción de cada persona ^{F6}
Expresada (demanda)	La necesidad sentida convertida en acción : quienes demandan el servicio; en sanidad, las listas de espera se usan como su medida ^{F6}
Comparada	Se estudian las características de quienes reciben un servicio : si hay personas con características similares que no lo reciben , están en necesidad; se usa para individuos y para áreas ^{F6}



Las dos que más caen

Comparada: «esta zona, igual que la de al lado, no tiene el servicio que la otra sí tiene» ^{F6}.

Normativa: la que define el profesional o experto según un estándar ^{F6}.

EIR 2016 · 199

P55 · respuesta en el solucionario

Clasificación de Bradshaw: necesidad comparada

Acude a su consulta Pablo, hombre de 58 años, que tiene un pequeño comercio en la zona adscrita al Centro de Salud donde usted le está atendiendo. Pablo está casado con Pilar de 57 años que se dedica por completo al cuidado de sus dos hijas (de 13 y 14 años) y la madre de Pablo que tiene 82 años, y a la que el propio Pablo define como “gran dependiente”. Durante la entrevista Pablo se muestra cansado, preocupado por el estado físico y anímico de su mujer y comenta que en la localidad de al lado, que es tan grande como la suya y que tiene la misma proporción de mayores dependientes, “han abierto un centro de día para mayores y eso nosotros también lo necesitamos”. Señale la respuesta correcta que indica el tipo de necesidad que Pablo muestra:

1. Sentida.
2. Comparada.
3. Normativa.
4. Expresada.

Clasificación de Bradshaw: necesidad comparada

Según la clasificación de Bradshaw sobre el estado de las necesidades de servicios de salud, la necesidad que surge cuando un grupo, en igualdad de condiciones a otro, no percibe los mismo servicios, se denomina necesidad:

1. Compartida.
2. Comparada.
3. Normativa.
4. Sentida.
5. Expresada.

Clasificación de Bradshaw: necesidad normativa

Según la clasificación de Bradshaw, ¿qué tipo de necesidad es la que define el profesional de acuerdo con sus propios estandares?:

1. Necesidad percibida.
2. Necesidad expresada.
3. Necesidad comparada.
4. Necesidad normativa.
5. Necesidad de experto.

3. Priorización de problemas: criterios y método de Hanlon

Priorizar significa situar los problemas detectados según el orden en que pensamos que deben abordarse ^{F2}. Además de la importancia del problema, hay que considerar **la eficacia de la intervención** (capacidad demostrada de producir el efecto deseado) y **su factibilidad** (legal, ética, política, económica, sociocultural y organizativa) ^{F2}. Los criterios son ^{F2}:

- **La importancia del problema:** su **extensión o magnitud** (prevalencia, incidencia), su **gravedad** (letalidad, mortalidad, disminución de la calidad de vida...), su repercusión social y su evolución ^{F2}.
- **La capacidad de intervención:** la **vulnerabilidad** del problema (eficacia y eficiencia de la intervención) y la **factibilidad** (recursos disponibles, aceptación por la población...) ^{F2}.

El proceso tiene tres etapas: un cribado previo de problemas (no más de 10 o 15), la definición de los criterios y su aplicación a cada problema ^{F2}. Al describir el método GEVER, la serie indica que la **gravedad** puede medirse con la tasa de letalidad, las complicaciones y secuelas, **los años de vida perdidos** o la calidad de vida ^{F2}. En la acción comunitaria, la guía del Ministerio propone como criterios la **importancia del problema (extensión, gravedad, repercusión social)**, la capacidad real de intervención y el apoyo social e institucional, y recomienda elegir solo uno o dos problemas al principio ^{F8}.

EIR 2021 · 184

P14 · respuesta en el solucionario

Priorización: primer criterio = magnitud y gravedad

¿Cuál es el primer criterio para definir prioridades en la realización de un Programa de Salud?:

1. Factibilidad.
2. Eficacia y evidencia del problema.
3. Magnitud y gravedad del problema de salud.
4. Diversidad de la población a la que se dirige.

Método de Hanlon. Es uno de los más utilizados porque es flexible y cada componente puede objetivarse sin dificultad ^{F2}; según el informe SESPAS de 2008, en España era **el más utilizado en la planificación sanitaria**, con variantes autonómicas que usan otras escalas (Cataluña, por ejemplo, puntuaba la efectividad de 1 a 4) ^{F7}. Combina cuatro componentes: el informe SESPAS los designa magnitud (A), gravedad (B), eficacia o resolubilidad (C) y factibilidad (D) ^{F7}; SEMERGEN usa las letras M, G, E y F y da las escalas ^{F2}:

Componente	Qué mide	Escala
A. Magnitud o extensión	Número de personas a las que afecta ^{F2}	0 a 10 ^{F2}
B. Gravedad o severidad	Gravedad del problema ^{F2}	0 a 10 ^{F2}
C. Eficacia de la intervención (resolubilidad)	Capacidad de la intervención para resolver el problema ^{F2 F7}	0,5 a 1,5 ^{F2}
D. Factibilidad del programa	Se descompone en pertinencia, aceptabilidad, factibilidad económica, disposición de recursos y legalidad ^{F2}	1 o 0 ^{F2}

Fórmula de Hanlon

Prioridad = (A + B) × C × D ^{F7} = (magnitud + gravedad) × eficacia × factibilidad, que SEMERGEN escribe (G + M) × E × F ^{F2}. Se **suman** los dos rasgos del problema y se **multiplican** por los dos de la intervención; si la factibilidad vale 0, la puntuación es 0 ^{F2}.

Las escalas de la tabla son las de SEMERGEN ^{F2}. Según la OPS, el método de Hanlon se describió en 1954 solo para el control de enfermedades, y la **ecuación original de Hanlon y Pickett (1984)** usa otras: magnitud (A) de 0 a 10; gravedad (B) de **0 a 20**, suma de cuatro factores (urgencia, severidad, pérdida económica y afectación de otras personas); eficacia de la intervención (C) de **0 a 10**; y factibilidad (D) **0 o 1**, según los cinco factores «PEARL» (en inglés, *propriety, economics, acceptability, resources, legality*), que se corresponden con los cinco de SEMERGEN: pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, disposición de recursos y legalidad ^{F24 F2}. La puntuación básica de prioridad es **(A + B) × C / 3 × D**, de 0 a 100 ^{F24}. Las preguntas del EIR usan la versión de SEMERGEN, sin dividir entre 3 (EIR2016-202 da una eficacia de 0,5, propia de la escala de 0,5 a 1,5) ^{F2}. En 2016 la OPS adaptó el método para su Plan Estratégico: mantiene A, B y C, **elimina D** (PEARL queda como cribado previo) y añade la inequidad y el posicionamiento institucional ^{F24}.

Otros métodos de priorización que recoge la misma serie ^{F2}:

Método	En qué consiste
CENDES/OPS	Universidad Central de Venezuela con la OPS (1961-1962): magnitud (M), trascendencia (T), vulnerabilidad (V) y relación coste/efectividad (CE); puntuación = $M \times T \times V / CE$ ^{F2}
Parrilla de análisis	No es una fórmula sino una representación gráfica: los criterios se aplican por orden de importancia y de forma dicotómica (sí o no) ^{F2}
DARE	Se asigna un peso específico a cada criterio elegido ^{F2}
Simplex	Criterios en forma de preguntas cerradas de opción única con un valor asignado de antemano ^{F2}
GEVER (Castilla y León)	Gravedad, extensión, vulnerabilidad, tendencia o evolución en el tiempo y repercusión local, cada uno de 0 a 10, y se suman ^{F2}

Método Hanlon: componentes y fórmula de priorización

Durante la priorización de una serie de problemas de cuidados que ha ido identificando durante el último año en sus pacientes, usted tiene los siguientes datos a cerca de uno de estos problemas: Severidad = 6; Magnitud = 8; Factibilidad de la intervención = 1; Efectividad de la Intervención = 0,5. Señale la respuesta correcta que representa la aplicación del método Hanlon:

1. $6 + 8 \times 0,5 \times 1$
2. $(8 + 6) \times 0,5 \times 1$
3. $8 + 6 \times 0,5 \times 1$
4. $(8 + 1) \times 6 \times 0,5$

Método Hanlon: componentes y fórmula de priorización

En relación con los métodos de priorización de problemas, identifique cuál de los siguientes se basa en los aspectos: gravedad o severidad, magnitud o extensión, eficacia de la intervención y factibilidad del programa:

1. Método CENDES/OPS.
2. Método GEVER.
3. Método DARE.
4. Método Hanlon.

4. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS (2013)

La Estrategia fue aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el **18 de diciembre de 2013** y se desarrolla en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS ^{F9}. Su **objetivo general** es «fomentar la salud y el bienestar de la población promoviendo entornos y estilos de vida saludables y potenciando la seguridad frente a las lesiones»; como objetivo cuantificable plantea **aumentar en 2 años la esperanza de vida en buena salud al nacer** para 2020 ^{F9}. Se desarrolla en un **eje tridimensional**: por **poblaciones**, por **entornos** y por **factores** ^{F9}.

Población priorizada (primera fase)	Por qué	Entornos
Infancia: menores de 15 años ^{F9}	Por su importancia como inversión de futuro en salud ^{F9}	Sanitario, educativo y comunitario ^{F9}
Mayores de 50 años ^{F9}	Acumulan los riesgos y problemas crónicos; periodo esencial para prevenir el deterioro funcional ^{F9}	Sanitario y comunitario; el laboral se deja para la siguiente etapa ^{F9}

Los **factores** abordados son los que tienen importancia en el abordaje de la cronicidad, más el bienestar emocional y la seguridad del entorno ^{F9}:

- **Alimentación** ^{F9}.
- **Actividad física** ^{F9}.
- **Consumo nocivo de alcohol** (el resumen ejecutivo habla de «consumo de riesgo») ^{F9}.
- **Consumo de tabaco** ^{F9}.
- **Bienestar emocional** ^{F9}.
- **Seguridad del entorno** frente a las lesiones no intencionales ^{F9}.

Lo que no está

La lista de factores de la Estrategia es cerrada: alimentación, actividad física, alcohol, tabaco, bienestar emocional y seguridad del entorno ^{F9}. **La salud sexual no figura** entre ellos ^{F9}.

Las **intervenciones seleccionadas** para la primera fase son ^{F9}:

- Consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en **población infantil** ^{F9}.
- Consejo integral sobre estilos de vida durante el **embarazo y la lactancia** ^{F9}.
- Programa de **parentalidad positiva** (población menor de 15 años y sus familias) ^{F9}.
- Consejo integral sobre estilos de vida en atención primaria vinculado a recursos comunitarios en **población mayor de 50 años**, que desde los 65 años incluye un cribado específico de riesgo de caídas ^{F9}.
- **Cribado de fragilidad** y atención multifactorial a la persona mayor, con actividad física multicomponente de carácter grupal para la persona frágil ^{F9}.

¿70 o 75 años?

La propia Estrategia no es coherente: en la lista de objetivos específicos (resumen y capítulo de objetivos) el 5 habla de la población **mayor de 70 años**, pero en la ficha de la intervención de fragilidad tanto el objetivo como la población diana hablan de **mayores de 75 años** ^{F9}.

Implementación local. Para la generación de alianzas, la Estrategia contempla un «**Plan de desarrollo local**» cuyo objetivo es identificar, coordinar y potenciar **los recursos comunitarios** para la promoción de estilos de vida saludables; los ayuntamientos se adhieren voluntariamente y constituyen **mesas intersectoriales** con **participación ciudadana** directa o a través de ONG ^{F9}. Como elemento clave se plantean **mapas en línea de recursos comunitarios** a nivel local, y se prevé una guía para el desarrollo del **plan local** en cada municipio adherido ^{F9}. La guía ministerial de acción comunitaria lo resume así: el plan de implementación local fomenta el compromiso de las entidades locales con la salud, la **intersectorialidad**, la visibilidad de los recursos comunitarios y **la participación ciudadana** ^{F8}.

EIR 2019 · 217

P20 · respuesta en el solucionario

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención: poblaciones priorizadas (menores de 15 y mayores de 50)

¿Qué dos poblaciones se han priorizado en una primera etapa en el ámbito de acción relacionado con los estilos de vida de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015)?:

1. Menores de 14 años y mayores de 65 años.
2. Menores de 14 años y mayores de 50 años.
3. Menores de 15 años y mayores de 65 años.
4. Menores de 15 años y mayores de 50 años.

EIR 2018 · 183

P21 · respuesta en el solucionario

Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención del SNS: factores abordados

Uno de los principales factores abordados en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en el marco del abordaje de la cronicidad es (señale la respuesta FALSA):

1. El consumo de riesgo nocivo de alcohol.
2. El consumo de tabaco.
3. La salud sexual.
4. El bienestar emocional.

Estrategia de Promoción de la Salud: plan de salud local como instrumento operativo

¿Cuál es el instrumento operativo que fomenta la promoción de la salud mediante la participación comunitaria y el trabajo intersectorial, según la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2013) ?:

1. El mapeo de activos en salud.
2. La mesa de participación comunitaria.
3. El plan de salud local.
4. El consejo local de salud.

5. Consejo integral en estilo de vida, actividad física y PAPPS

El documento «Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta», aprobado por el Consejo Interterritorial el 14 de enero de 2015, desarrolla una de las intervenciones de la Estrategia; además de a los mayores de 50 años, se dirige a la **población mayor de 18 años** que acude al centro de salud, de forma oportunista o programada ^{F10}. Define el **consejo breve** como una intervención oportunista **de 2 a 10 minutos** con información y una propuesta motivadora de cambio; la **educación individual**, como una consulta educativa de al menos 20 minutos o una serie de consultas programadas; y la **educación grupal**, como un taller de 2-3 horas o una serie de sesiones ^{F10}.

Factor	¿Cada cuánto? (Consejo integral, 2015)
Actividad física	Seguimiento a lo largo de los 3-6 meses siguientes (6 meses se considera adecuado); nueva valoración como máximo a los dos años ^{F10}
Alimentación	El consejo en población adulta general, al menos cada 2 años, coincidiendo con la valoración del resto de los factores , con recordatorio en la historia clínica ^{F10}
Tabaco	Periodicidad mínima una vez cada 2 años; no es necesario reinterrogar a los mayores de 25 años que, según la historia clínica, nunca han fumado (el documento reproduce la recomendación del PAPPS, que además pedía preguntar en cada visita a los mayores de 10 años) ^{F10}
Alcohol	Cribado como mínimo cada 2 años en toda persona mayor de 14 años , sin límite superior de edad ^{F10}
Bienestar emocional / estrés	Siempre que el profesional lo considere oportuno; recomendable ante síntomas de tensión o en transiciones vitales o crisis psicosociales ^{F10}

El PAPPS mantiene la regla del tabaco en su actualización de 2024: preguntar **a todos los adultos** por el consumo de tabaco (incluidos cigarrillos electrónicos, vapeo o tabaco calentado) cuando acudan a consulta y aconsejar el abandono; la detección y el registro, **como mínimo una vez cada 2 años**, sin necesidad de reinterrogar a los mayores de 25 años que nunca han fumado (recomendación de expertos) ^{F14}.

Cuestionario rápido de alimentación en consulta oportunista. Para no usar un cuestionario extenso en un consejo breve, el documento propone **tres preguntas**, orientadas a los principales errores nutricionales: bajo consumo de fruta y verdura y exceso de grasas, sal y azúcares refinados ^{F10}:

- ¿Cuántas raciones de **fruta y verdura** come al día? ^{F10}
- ¿Qué **bebe** normalmente con las comidas y a lo largo del día? (incluyendo zumos industriales) ^{F10}
- ¿Cuántas veces a la semana come alimentos **precocinados, procesados o bollería industrial**? ^{F10}

Solo tres preguntas

El cuestionario rápido tiene **tres** preguntas: fruta y verdura, bebida y alimentos procesados o precocinados ^{F10}. El algoritmo del mismo documento las formula de forma algo distinta: «¿Cuánta fruta y verdura toma al día?», «¿Qué bebe normalmente con las comidas y a lo largo del día?» y «¿Cuántas veces a la semana come alimentos muy procesados o precocinados?» ^{F10}. Una pregunta sobre pescado, legumbres u otro alimento no forma parte de él.

EIR 2019 · 219

P19 · respuesta en el solucionario

Consejo sobre alimentación en adultos: al menos cada 2 años

¿Cada cuánto tiempo debe hacerse el consejo sobre alimentación en población general adulta?:

1. Al menos cada 2 años, coincidiendo con la valoración del resto de los factores incluidos en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de la Salud (SNS).
2. Una vez al año, coincidiendo con la valoración del resto de los factores incluidos en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.
3. Cada 6-9 meses, coincidiendo con la valoración del resto de los factores incluidos en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.
4. Cada vez que el paciente acuda a consulta, ya que el consejo frecuente ha demostrado incrementar los cambios de estilos de vida.

EIR 2021 · 162

P16 · respuesta en el solucionario

Consejo sobre alimentación en adultos: al menos cada 2 años

¿Cada cuánto tiempo se debe aconsejar sobre alimentación saludable en población adulta?:

1. Al menos cada 3 meses, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.
2. Al menos una vez al año, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.
3. Al menos cada 2 años, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.
4. Al menos una vez al año, y en cualquier ocasión que contacte con el sistema de manera oportunista.

EIR 2022 · 180

P12 · respuesta en el solucionario

Cuestionario rápido de alimentación en consulta oportunista: preguntas

¿Cuál de las siguientes preguntas NO está dentro del cuestionario rápido sobre alimentación en una consulta oportunista en Atención Primaria según la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud?:

1. ¿Cuánta fruta y verdura toma al día?.
2. ¿Qué bebe normalmente con las comidas y a lo largo del día?.
3. ¿Cuántas veces a la semana come alimentos muy procesados o precocinados?.
4. ¿Cuántas veces come pescado azul a la semana?.

Periodicidad del consejo antitabaco en adultos

Atendiendo a la periodicidad del consejo sobre el tabaco en población adulta general, es cierto que:

1. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años de las que se tenga constancia en la historia clínica, que nunca han fumado.
2. Se debe realizar cada 7-10 meses en fumadores, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.
3. Se debe realizar en todos los casos cada vez que el paciente acuda a consulta por cualquier otro motivo.
4. Se debe realizar al menos cada 3 años en fumadores, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.

Recomendaciones de actividad física para adultos en el documento de 2015 (cinco elementos clave) ^{F10}:

- **Aeróbica:** mínimo **150 minutos semanales de actividad moderada** o **75 de vigorosa**, o una combinación equivalente, **en bloques de una duración mínima de 10 minutos**; para mayores beneficios, hasta 300 minutos moderados o 150 vigorosos ^{F10}.
- **Fortalecimiento muscular** de los grandes grupos musculares **al menos dos días a la semana** ^{F10}.
- **Flexibilidad:** series de ejercicios **dos veces a la semana** para mantener la amplitud de movilidad articular ^{F10}.
- **Equilibrio:** las personas mayores con dificultades de movilidad, al menos tres días a la semana para evitar caídas ^{F10}.
- **Reducir los periodos sedentarios prolongados:** menos pantallas, transporte activo y **descansos regulares cada una o dos horas** con estiramientos o un breve paseo ^{F10}.

En consulta se criba con la pregunta «¿Realiza al menos 30 minutos al día de actividad física moderada 5 o más días a la semana?», aclarando que **esos 30 minutos pueden hacerse en bloques de al menos 10 minutos**, y se pregunta por periodos sedentarios **de más de 2 horas seguidas** ^{F10}.

Directrices de la OMS de 2020 ^{F11}. **De 5 a 17 años:** al menos **una media de 60 minutos diarios** de actividad física, principalmente **aeróbica**, de intensidad **moderada a vigorosa**, a lo largo de la semana; actividades aeróbicas vigorosas y de refuerzo de músculos y huesos **al menos tres días a la semana**; y limitar el tiempo sedentario, sobre todo de pantalla ^{F11}. **Adultos de 18 a 64 años:** entre **150 y 300 minutos semanales** de actividad aeróbica moderada, o **entre 75 y 150** de vigorosa, o una combinación equivalente; fortalecimiento muscular de los grandes grupos **dos o más días a la semana**; y sustituir el tiempo sedentario por actividad de cualquier intensidad, incluso leve ^{F11}. Las **personas mayores (a partir de 65 años)** deberían incorporar además actividades que den prioridad al **equilibrio y la coordinación** ^{F11}. Las anteriores **Recomendaciones mundiales de la OMS sobre actividad física para la salud (2010)** decían que los niños y jóvenes de 5 a 17 años «deberían acumular un **mínimo de 60 minutos diarios** de actividad física moderada o vigorosa», que la actividad diaria debería ser, en su mayor parte, **aeróbica**, y que convendría incorporar, **como mínimo tres veces por semana**, actividades vigorosas que refuercen, en particular, los músculos y huesos ^{F22}.

2015 frente a 2020

Las preguntas de 2017-2018 (entre ellas **EIR2018-218**) siguen el documento de 2015: bloques de **al menos 10 minutos** (nunca de 30), flexibilidad dos veces por semana y descansos **cada una o dos horas** ^{F10}. Las directrices de la OMS de 2020 convierten el mínimo en un rango (150-300 o 75-150 minutos) y en sus recomendaciones para adultos no aparecen ni el mínimo de 10 minutos por bloque ni la flexibilidad ^{F11}. Para 5-17 años, la OMS 2020 habla de «al menos una **media** de 60 minutos» diarios ^{F11}; la fórmula «un **mínimo** de 60 minutos diarios» es la de las recomendaciones de 2010 ^{F22}, y es la que da por buena EIR2021-153 (respuesta oficial): no descartes esa opción por no decir «media».

EIR 2018 · 135

P24 · respuesta en el solucionario

Actividad física en adultos: bloques mínimos de 10 minutos (no 30)

¿Cuál de las siguientes opciones NO es una recomendación de actividad física para población adulta?:

1. Se deben reducir los periodos sedentarios prolongados.
2. Actividad aeróbica mínima de 150 minutos a la semana de actividad física moderada.
3. Se debe realizar en bloques de una duración mínima de 30 minutos, para que tenga efectos sobre la salud.
4. Para obtener mayores beneficios, se puede aumentar la actividad aeróbica hasta 300 minutos de moderada o 150 minutos de vigorosa a la semana, o una combinación equivalente de ambas.

EIR 2018 · 218

P47 · respuesta en el solucionario

Actividad física en adultos: descansos activos del sedentarismo cada 1-2 horas

Según la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud, ¿Cuál de las siguientes Recomendaciones sobre actividad física en población adulta, NO es correcta?:

1. Realizar un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada o un mínimo de 75 minutos a la semana de actividad vigorosa.
2. Deben realizarse ejercicios de fuerza (potenciación muscular) de los grandes grupos musculares al menos dos días a la semana.
3. Reducir los periodos sedentarios prolongados, realizando descansos activos cada tres o cuatro horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo.
4. Con el fin de mantener la amplitud de movilidad articular, se recomienda realizar series de ejercicios de flexibilidad dos veces a la semana.

Actividad física de 5 a 17 años: 60 minutos diarios (OMS)

¿Qué recomendación dicta la Organización Mundial de la Salud referente a la Actividad Física para la Salud en edades comprendidas entre 5 a 17 años?:

1. Una Actividad Física durante mínimo 60 minutos diarios de intensidad moderada a vigorosa.
2. La actividad Física media diaria debería ser, en su mayor parte, anaeróbica.
3. Convendría incorporar actividades vigorosas, en particular para fortalecer los músculos y los huesos, como mínimo dos veces a la semana.
4. Una Actividad Física durante mínimo 120 minutos diarios de intensidad leve a moderada.

Informe 2016: Actividad Física en niños y adolescentes en España, elaborado por un grupo de investigadores de universidades y centros de investigación liderado por la Fundación para la Investigación Nutricional, con datos de estudios españoles ^{F23}. En el estudio ANIBES (2013) **no cumplían las recomendaciones de actividad física** el 39 % de los niños y el **62 % de las niñas de 9 a 12 años**, y el 50 % de los adolescentes y el **86 % de las adolescentes de 13 a 17 años** ^{F23}. En el estudio ALADINO (2011), el 73 % y el 77 % de los niños y niñas de 6 a 9 años caminaban para ir o volver de la escuela, respectivamente, pero **solo si la distancia a la escuela era menor de un kilómetro** ^{F23}. Según la encuesta de Hábitos deportivos de la población escolar (2015), entre los 16 y los 18 años eran activos físicamente durante el recreo el **15 % de los adolescentes y solo el 3 % de las adolescentes** ^{F23}.

Informes sobre actividad física y sedentarismo en población infantil y adolescente española

Previo a realizar una intervención comunitaria sobre hábitos de actividad física y sedentarismo en la población infantil y adolescente española, se han de conocer los últimos informes sobre el tema que se indica, EXCEPTO:

1. En la edad de entre 9 y 12 años las niñas no cumplen las recomendaciones de actividad física en mayor proporción (alrededor de un 20-25%) que los niños.
2. En la adolescencia (13-17 años) aumenta el no cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en ambos sexos.
3. La mayoría de los niños y niñas entre 6 a 9 años camina para ir o volver de la escuela respectivamente, pero solo si la distancia a la escuela es menor de un kilómetro.
4. Los porcentajes de las adolescentes son similares al de los adolescentes en cuanto a la actividad física durante el recreo.

PAPPS: prevención del aislamiento social en personas mayores (tema nuevo en la actualización de 2020) ^{F12}. El aislamiento social es un estado **objetivo** de contacto social mínimo, distinto del concepto subjetivo de soledad ^{F12}. Para implementar la prevención hace falta **identificar a las personas en riesgo, disponer de métodos para evaluar el aislamiento, desarrollar intervenciones dirigidas a la prevención y elaborar estrategias futuras** para evitarlo ^{F12}. Entre los factores de riesgo individuales que recoge el PAPPS 2020 figuran **edad ≥75 años**, vivir o pasar mucho tiempo solo, viudedad o divorcio, limitaciones económicas y **no**

tener hijos; y entre las transiciones vitales, la merma de salud o de movilidad, el diagnóstico de demencia, **la jubilación**, la pérdida de la pareja o convertirse en cuidador ^{F12}.

Como herramientas, el PAPPS 2020 (la versión que preguntó el EIR 2022) propone «Hacer que cada contacto cuente» y las **escalas de valoración social de Gijón y OARS**, «validadas y de uso habitual en Atención Primaria» ^{F12}. Clasifica las intervenciones en seis tipos (uno a uno, grupales, prestación de servicios, basadas en la tecnología, vecinales y estructurales); en las grupales fueron más eficaces aquellas en las que **los participantes intervienen en el diseño activo** e incluyen un aspecto educativo y social ^{F12}. Su recomendación: aunque no hay suficiente evidencia, **las más efectivas parecen ser las que ofrecen una actividad social y/o apoyo dentro de un formato grupal y en las que los individuos participan de manera activa** ^{F12}. La actualización vigente de 2024 mantiene esa recomendación y pide detectar el aislamiento mediante entrevista a los mayores en riesgo, pero ya no cita la tabla de factores ni las escalas de Gijón y OARS: propone otras (Lubben, De Jong Gierveld, UCLA) ^{F13}.

★ Aislamiento social: la palabra es «activa»

Lo que parece funcionar es el **formato grupal con participación activa** de las personas mayores ^{F12}. Una opción que hable de charlas en las que el mayor es receptor pasivo o de aprendizaje «conductista» no es lo que dice el PAPPS.

EIR 2022 · 178

P13 · respuesta en el solucionario

PAPPS: prevención del aislamiento social en mayores

Según las últimas recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, en la prevención del aislamiento social en personas mayores, son todas ciertas EXCEPTO:

1. Tener ≥ 75 años, no tener hijos o estar jubilado, se consideran factores de riesgo de aislamiento social.
2. Son herramientas validadas para la evaluación del aislamiento social y de uso habitual en Atención Primaria las escalas de Gijón y OARS (Escala de recursos sociales).
3. Aunque no hay suficiente evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar el aislamiento social, las que parecen ser más efectivas son aquellas que ofrecen una actividad social y/o apoyo dentro de un formato grupal en el que se organizan charlas en las que se favorece el aprendizaje conductista.
4. Para poder implementar medidas de prevención es necesario identificar a las personas en riesgo de aislamiento, disponer de métodos para evaluar el aislamiento, desarrollar intervenciones dirigidas a la prevención y elaborar estrategias futuras para evitarlo.

6. Cronicidad: estrategia del SNS, pirámide de Kaiser y adherencia

La **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS** (2012) define las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico como las de **previsible larga duración y generalmente de progresión lenta**, que se suelen asociar a distintos grados de discapacidad o dependencia y repercuten en la calidad de vida de las personas afectadas y de sus cuidadoras ^{F15}. Uno de sus principios rectores es la **consideración de todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico**: las estrategias internacionales se centran en las más prevalentes y con mayor mortalidad —«las **enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, el cáncer, la diabetes y los problemas de salud mental**»—, pero la Estrategia exige tener en cuenta además las condiciones menos frecuentes que repercuten de manera importante en la calidad de vida ^{F15}. Otro principio rector: **la atención primaria es el eje** de la atención al paciente crónico ^{F15}.

EIR 2016 · 83

P56 · respuesta en el solucionario

Estrategia de abordaje de la cronicidad 2012: condiciones crónicas incluidas

De acuerdo con la estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2012, se consideran todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico como:

1. Enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares.
2. Enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y problemas de salud mental.
3. Problemas de salud mental con minusvalía, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.
4. Enfermedades cardiovasculares, enfermedad mental, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes.

La Estrategia pide **estratificar la población** según criterios de complejidad clínica y de utilización de recursos: las personas sanas o con factores de riesgo se orientan a la responsabilidad sobre su salud y a las actividades preventivas; los pacientes crónicos reciben **apoyo a su autogestión** y, en los casos de menor complejidad, **gestión de la enfermedad**; y los de **mayor complejidad o pluripatología** necesitan **gestión integral del caso**, con cuidados fundamentalmente profesionales ^{F15}. Es la lógica de la **pirámide de Kaiser Permanente**, un modelo poblacional que **estratifica la población según sus necesidades** e identifica **tres niveles de intervención según el nivel de complejidad** del paciente crónico ^{F16}:

Nivel de la pirámide	Pacientes	Intervención
Vértice	Alta complejidad con frecuente comorbilidad (5 %) ^{F16}	Gestión del caso , con cuidados fundamentalmente profesionales ^{F16}
Intermedio	Alto riesgo pero menor complejidad (15 %) ^{F16}	Gestión de la enfermedad : autogestión más cuidados profesionales ^{F16}

Nivel de la pirámide	Pacientes	Intervención
Base de la pirámide de riesgo	La mayoría de los crónicos , con condiciones todavía incipientes (70-80 %) ^{F16}	Apoyo a la autogestión (el nivel 1 de la versión del King's Fund) ^{F16}
Base ampliada (añadida en interpretaciones posteriores)	Población general ^{F16}	Promoción y prevención ^{F16}

Tres niveles, no cinco

La pirámide de Kaiser tiene **tres niveles de intervención**: autogestión, gestión de la enfermedad y gestión del caso ^{F16}. La versión ampliada añade debajo la población general (promoción y prevención), pero **nunca son cinco** ^{F16}.

EIR 2019 · 211

P45 · respuesta en el solucionario

Pirámide de Kaiser Permanente: tres niveles de intervención

Respecto al modelo de estratificación de riesgos de Kaiser Permanente, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se basa en el análisis y estratificación de la población según la complejidad y las necesidades de atención.
2. Identifica cinco niveles de intervención según el grado de complejidad del caso.
3. Organiza a los pacientes según su riesgo, lo que permite utilizar mejor los recursos humanos, concentrándolos sobre los grupos más complejos.
4. En el nivel 1 de la pirámide de riesgo se encuentran los pacientes enfermos crónicos con buen control de su enfermedad.

EIR 2021 · 33

P18 · respuesta en el solucionario

Pirámide de Kaiser Permanente: tres niveles de intervención

En relación con la gestión de la cronicidad en la pirámide de KAISER, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es un modelo de estratificación del riesgo.
2. Se basa en el análisis y estratificación de la población según la complejidad y las necesidades de atención.
3. Clasifica a pacientes en cinco categorías, dependiendo de su nivel de complejidad.
4. Permite utilizar mejor los recursos humanos, concentrándolos sobre los grupos más complejos.

La Estrategia recomienda **elaborar e implementar protocolos comunes** de prevención, diagnóstico y atención de las patologías crónicas, ajustados a estándares de calidad (recomendación 59), y **potenciar la gestión de casos** en los pacientes crónicos complejos y pluripatológicos (recomendación 57) ^{F15}. Sobre la **adherencia**, pide atender los aspectos psicológicos y emocionales que permiten la aceptación, la modificación de estilos de vida y **la adherencia al tratamiento**, y garantizar la **revisión sistemática de la medicación** para prevenir problemas relacionados con medicamentos y mejorar la adherencia ^{F15}.

Atención a crónicos en AP: atención 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.

Test de Morisky-Green (Morisky, Green y Levine): desarrollado para valorar el **cumplimiento de la medicación en hipertensión arterial**, está validado para diversas enfermedades crónicas ^{F17}. Consiste en **4 preguntas de respuesta dicotómica sí/no** que se intercalan en la conversación; si las actitudes son incorrectas, se asume que el paciente es incumplidor ^{F17}. Las preguntas ^{F17}:

- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? ^{F17}
- ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas? ^{F17}
- Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación? ^{F17}
- Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla? ^{F17}

Paciente cumplidor: el que responde correctamente a las 4 preguntas, es decir, **No/Sí/No/No** ^{F17}. En otra variante, la segunda pregunta se formula «¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?», de modo que para ser cumplidor hay que responder **«no» a las cuatro** (No/No/No/No); es la fórmula que usó Val Jiménez en la validación del test para la hipertensión ^{F17}. La revisión de Atención Primaria sugiere combinar el Morisky-Green (alta especificidad y valor predictivo positivo) con el test de Batalla (buena sensibilidad) ^{F17}.



Morisky-Green en una línea

Cuatro preguntas sí/no sobre la conducta ante la medicación; cumplidor = acierta las cuatro; en la variante de Val Jiménez, **responde «no» a todas** ^{F17}. No se puntúa por porcentaje de aciertos.

Test de Morisky-Green: herramienta de adherencia terapéutica

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.

Test de Morisky-Green: criterio de paciente cumplidor

En relación al test de Morisky Green Levine de adherencia al tratamiento es cierto que:

1. Se considera un paciente cumplidor si responde afirmativamente a todos los ítems.
2. Se considera un paciente cumplidor si responde de forma negativa a todos los ítems.
3. Se considera un paciente cumplidor si responde correctamente al menos al 75% de los ítems.
4. Se considera un paciente cumplidor si responde de forma incorrecta al menos al 75% de los ítems.

7. Salud comunitaria: activos, agentes, redes y participación

La guía del Ministerio de Sanidad **«Acción comunitaria para ganar salud»** (2021) no elige una definición de **comunidad**: señala sus factores clave, que son los **vínculos** (de intereses, de identidad o funcionales), la **proximidad** (un territorio común, un ámbito institucional o intereses comunes que generan reconocimiento mutuo) y los **agentes comunitarios** ^{F8}. Define la **acción comunitaria en salud** como la dinamización de las relaciones sociales de cooperación entre las personas de un ámbito o espacio de convivencia, con una triple función: mejorar las condiciones de vida, reforzar los vínculos y la cohesión social y potenciar las capacidades de acción individual y colectiva ^{F8}.

Una definición clásica de **comunidad** es la que adoptó en 1975 el Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS/OMS para la enseñanza de enfermería en salud comunitaria: «un **grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes**. Sus miembros **se conocen e influyen mutuamente**» ^{F21}. Según la misma definición, la comunidad funciona dentro de una determinada **estructura social** y presenta y crea ciertos valores, normas e instituciones sociales; el individuo pertenece a la sociedad a través de su familia y de su comunidad ^{F21}.

EIR 2018 · 141

P49 · respuesta en el solucionario

Definición de comunidad en salud pública

Desde el punto de vista de salud pública, ¿Cuál es la definición de comunidad?:

1. Conjunto de seres humanos, enfermos o no, que viven en un territorio definido por límites geográficos.
2. Conjunto de personas que influyen y son afectadas por un determinado entorno educativo.
3. Grupo social determinado por límites geográficos y/o intereses y valores comunes. Sus miembros se conocen e interaccionan entre ellos.
4. Conjunto de diversas poblaciones que habitan un ambiente común en un determinado tiempo y que se encuentra en interacción recíproca.

Activos frente a recursos. El modelo de activos para la salud propone incorporar al listado de recursos de un territorio **la mirada subjetiva de la comunidad**: los activos son **los recursos que la propia comunidad reconoce como riquezas** ^{F8}. La guía los distingue así ^{F8}:

	Definición (Ministerio de Sanidad)	Mirada
Recurso	Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población ^{F8}	Objetiva ^{F8}
Activo	Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas ^{F8}	Subjetiva ^{F8}
Mapa de recursos comunitarios	Inventario de recursos para visibilizarlos, hacerlos accesibles y ofrecerlos a la población; aporta información para estudiar su distribución por áreas e identificar focos de acción ^{F8}	Inventario ^{F8}

	Definición (Ministerio de Sanidad)	Mirada
Mapa de activos	Inventario de activos o riquezas de una comunidad para un asunto de interés para la salud; se desarrolla por medio de un proceso participativo entre las personas, asociaciones e instituciones de una comunidad ^{F8}	Proceso participativo ^{F8}

El glosario de la guía define **activo para la salud** como cualquier factor o recurso **identificado por personas, grupos y comunidades** como apoyo para mantener y sostener la salud y el bienestar y reducir las desigualdades; puede actuar a nivel **individual, familiar y/o comunitario** y fortalece la habilidad de las personas o grupos para mantener o mejorar la salud y **contrarrestar situaciones de estrés** ^{F8}. En el cuerpo del texto los activos se definen como factores que **potencian la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener la salud y el bienestar** ^{F8}. Ejemplo: un parque o un centro cultural son recursos; si la vecindad no los usa, no generan salud; serán activos si la ciudadanía los utiliza y los **reconoce como beneficiosos** para su salud ^{F8}.

El **mapeo de activos** es un proceso comunitario de identificación de las riquezas disponibles, **participativo y centrado en lo que hace a las personas sentirse sanas**; su propuesta de partida es preguntar a la gente qué hay en su entorno que le hace sentirse bien ^{F8}. Identificar recursos y activos con las personas de la comunidad **facilita el fortalecimiento de redes y el capital social** y promueve **vínculos y compromisos sociales** ^{F8}. No es un fin en sí mismo, sino una herramienta para pasar a la acción, y la identificación de recursos y el mapeo de activos deben verse como **complementarios** ^{F8}.



Quién decide qué es un activo

El activo lo reconocen **las propias personas y la comunidad** (mirada subjetiva), **no el profesional sanitario** desde el centro de salud ^{F8}. El mapa de activos es un **proceso participativo**; el inventario de recursos locales es el **mapa de recursos** ^{F8}.

EIR 2017 · 33

P52 · respuesta en el solucionario

Activo en salud: definido desde la perspectiva de las personas implicadas

Según el modelo de salud comunitaria basado en activos, ¿cuáles diría que son los elementos que determinan qué es un activo en salud?: (Señale la respuesta INCORRECTA):

1. Aquellos que mejoren la capacidad de las personas, poblaciones e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar.
2. Aquellos que pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario como elementos protectores para contrarrestar situaciones de estrés.
3. Aquellos factores que sean definidos por el profesional sanitario desde el centro de salud.
4. Aquellos factores que implican un cambio en la mirada de las poblaciones e instituciones al contexto y se centran en aquello que mejora la salud.

Activo en salud: definido desde la perspectiva de las personas implicadas

A qué se refiere un “recurso reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas”:

1. Activo.
2. Recurso.
3. Proceso de empoderamiento.
4. Producto saludable.

Activo en salud: definido desde la perspectiva de las personas implicadas

¿Qué es un activo para la salud en acción comunitaria?:

1. Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población y cuyo inventario aporta información valiosa para estudiar su distribución por áreas e identificar focos de acción para un posterior desarrollo o potenciación de los mismos.
2. Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas. Supone una mirada subjetiva.
3. Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva y mirada objetiva de las personas implicadas.
4. Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población. Supone una mirada objetiva.

Mapa de activos en salud: proceso participativo de la comunidad

Respecto a los procesos de Participación Comunitaria en Salud basándose en el modelo salutogénico, la elaboración de un mapa de activos en salud supone (señale la respuesta correcta):

1. Un proceso en que la ciudadanía comienza a descubrir factores positivos de su comunidad y tejer una red de relaciones y de apoyos mutuos.
2. Una estrategia para la realización de diagnósticos de salud desde el planteamiento de estimación de necesidades normativas.
3. Una estrategia de participación que pretende profundizar en la “foto de salud” inicial de la comunidad, describiendo los recursos formales de dicha comunidad.
4. Un abordaje que se basa en la información clásica de los indicadores de salud.

Mapa de activos en salud: proceso participativo de la comunidad

Sobre el Mapa de Activos de acción Comunitaria para ganar salud del Ministerio de Sanidad es correcto que:

1. Se desarrolla por medio de un proceso participativo entre las personas, asociaciones e instituciones de una comunidad.
2. Es un inventario de recursos de la comunidad para visibilizar, hacer accesible y ofrecer a la población los recursos locales que pueden mejorar su salud.
3. Es un bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población (Mirada objetiva).
4. Es el recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas (Mirada subjetiva).

Agentes comunitarios: «conjunto de diferentes actores y actrices **formales o informales** que operan en el entorno comunitario» ^{F8}. Se clasifican en **tres grupos** ^{F8}:

- **Administraciones** (administración local, otras administraciones públicas y entidades privadas); en la acción comunitaria **es especialmente importante el papel del gobierno local**, la administración más cercana a la ciudadanía ^{F8}.
- **Recursos técnicos y profesionales**, públicos y privados, que contribuyen a que la ciudadanía participe activamente y no se limitan a gestionar prestaciones ^{F8}.
- **Ciudadanía:** asociaciones, grupos **y personas**; su participación es **el elemento central** de la intervención comunitaria ^{F8}.

El documento ministerial de recomendaciones para las estrategias de salud comunitaria nombra a los mismos **tres protagonistas** y detalla que la ciudadanía incluye asociaciones, colectivos, grupos informales, personas líderes sociales y **personas a título individual** ^{F18}.

La ciudadanía no necesita asociarse para participar

Dentro de la ciudadanía cuentan también las **personas a título individual** ^{F18 F8}. Una opción que exija que la ciudadanía esté siempre representada por asociaciones es falsa.

Agentes de la participación comunitaria: servicios, ciudadanía y administración

Los agentes implicados en un proceso de participación comunitaria son tres (señale la respuesta correcta):

1. Servicios que incluyen técnicos y profesionales, ciudadanía y la administración.
2. Profesionales de Trabajo Social, Medicina y Enfermería.
3. Políticos, personal sanitario y personal del ámbito educativo.
4. Personal sanitario, personal del ámbito educativo y personal del sector social.

Agentes comunitarios: la ciudadanía no ha de estar siempre representada por asociaciones

Sobre los agentes comunitarios, clave en los procesos comunitarios, señale la opción FALSA:

1. Son el conjunto de diferentes actores y actrices formales e informales que operan en el entorno comunitario.
2. Se clasifican en Administraciones, recursos técnicos y profesionales públicos y privados, y ciudadanía.
3. La ciudadanía, siempre ha de estar representada mediante asociaciones o grupos, para mejorar el funcionamiento del proceso, no se recomienda la participación individual.
4. En la acción comunitaria es especialmente importante el papel del gobierno local dentro de las administraciones.

Redes comunitarias (Ministerio de Sanidad, 2020): «**estructuras de colaboración para gestionar un bien o problema común**» en un territorio, compuestas por ciudadanía, administraciones y profesionales, cada uno con potencialidades complementarias ^{F20}. Su fortaleza reside en su **inclusividad** (diversidad de sectores, profesiones y grupos sociales) y su **flexibilidad** (distintas opciones de implicación que pueden cambiar con el tiempo) ^{F20}. Para trabajar de forma coordinada, la red consensúa un modo de funcionamiento y reparte responsabilidades ^{F20}. «**La evaluación es una labor continua**», y atiende tanto a la **efectividad** (que las medidas respondan a las necesidades detectadas) como a la **equidad** (que lleguen a todas las personas) ^{F20}.

Redes comunitarias: evaluación de sus acciones

En relación con las redes comunitarias, señale la INCORRECTA:

1. Las redes comunitarias son estructuras de colaboración para gestionar un bien o problema común.
2. La fortaleza de las redes comunitarias reside en su inclusividad (diversidad de sectores, profesiones y grupos sociales) y su flexibilidad (diversas opciones de implicación que puedan cambiar con el tiempo).
3. El trabajo coordinado resulta fundamental para poner en marcha acciones en las redes comunitarias.
4. La evaluación de la puesta en marcha de acciones por una red comunitaria se realizará tras la finalización de las acciones y tendrá en cuenta principalmente su efectividad.

Participación comunitaria en salud: «el proceso en virtud del cual las personas, las familias y los colectivos **asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la colectividad**, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo comunitario» ^{F18}. Participar no es solo recibir información, ser consultado o ser beneficiario de un programa, sino **implicarse en el diagnóstico, diseño, ejecución y evaluación** ^{F18}. La guía AdaptA GPS del Ministerio sigue la propuesta de Popay y distingue cinco niveles de participación en un programa o proyecto de salud ^{F19}:

Nivel	Qué ocurre
Información	Se informa sobre el proyecto ^{F19}

Nivel	Qué ocurre
Consulta	Se recogen opiniones e información de la población sobre el contexto o las etapas del proyecto ^{F19}
Decisión-acción conjunta	Población y profesionales toman decisiones de manera conjunta y ambos se implican activamente ^{F19}
Liderazgo múltiple y compartido	La población toma algunas decisiones de manera autónoma y desarrolla en parte o por sí sola las acciones establecidas ^{F19}
Control comunitario	La población toma las decisiones de manera autónoma y controla todas las fases del proceso ^{F19}

Solo se consideran procesos de participación comunitaria los que alcanzan **como mínimo el nivel de decisión-acción conjunta** ^{F18}; la guía AdaptA GPS aplica el mismo criterio al seleccionar estudios ^{F19}. Los órganos de participación como los **consejos de salud** están regulados desde la Ley 14/1986 General de Sanidad, aunque su desarrollo en los territorios es desigual ^{F19}.

Escalera de la participación

Informar → consultar → decidir **juntos** → la población decide **parte** sola (liderazgo compartido) → lo decide y controla **todo** (control comunitario) ^{F19}.

EIR 2006 · 76

P64 · respuesta en el solucionario

Participación comunitaria: definición de la 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.

Niveles de participación comunitaria: liderazgo múltiple y compartido

Cuando la población participa en la toma de decisiones de forma autónoma y desarrolla parcialmente o por sí misma las acciones planificadas, ¿a qué nivel de participación comunitaria corresponde durante la elaboración de un programa de salud?:

1. Decisión-Acción Conjunta.
2. Control comunitario.
3. Liderazgo múltiple y compartido.
4. Consulta.

8. Orientación comunitaria de la atención primaria y ciclo de la acción 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 por la Ponencia de Promoción de la Salud y por el Comité Institucional del Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria) plantea que la orientación comunitaria de la AP supone **la corresponsabilidad por la salud de la comunidad** y que puede fortalecerse **a tres niveles** ^{F18}:

Nivel	Lema	En qué consiste
Nivel 1. Individual y familiar	« Pasar consulta mirando a la calle » ^{F18}	La práctica asistencial habitual en consultas y domicilios, atendiendo a los contextos, las historias personales y familiares y los entornos, desde un modelo de determinantes sociales; lo pueden aplicar todas las personas que trabajan en AP, incluidas las unidades administrativas ^{F18}
Nivel 2. Grupal	« Educación para la salud grupal trabajando sobre las causas de las causas » ^{F18}	Acciones educativas con grupos según las características y necesidades del territorio, fortaleciendo los recursos personales mediante el aprendizaje significativo y entre iguales y el autocuidado ^{F18}
Nivel 3. Colectivo	« Acción comunitaria en salud: el centro de salud no es el único centro de salud » ^{F18}	Trabajo intersectorial e interdisciplinario con los agentes del territorio: parte del equipo de AP participa en un proceso de acción o desarrollo comunitario, que puede existir ya, liderarlo otra entidad o la ciudadanía, o liderarlo el propio equipo ^{F18}

En la cartera común de servicios del SNS, el nivel 3 se denomina **atención comunitaria**, servicio de la cartera común desde 2006 ^{F18}. Entre las acciones del **nivel 3** que deben incluir las estrategias autonómicas está «**regular, mediante normativa, los espacios formales de participación como los Consejos de Salud o las comisiones de salud comunitaria**» de la zona básica, el barrio u otra delimitación cercana, así como colaborar en el mapeo de activos y participar en todas las fases de las acciones comunitarias ^{F18}. El documento vincula la implementación local de la Estrategia de Promoción de la Salud (mesas intersectoriales, recursos y participación) con el **nivel 3**, y el consejo integral en estilos de vida y la educación para la salud individual y grupal con los **niveles 1 y 2** ^{F18}.

Consulta, grupo, barrio

1 = consulta (mirando a la calle), **2 = grupo** (EpS sobre las causas de las causas), **3 = barrio** (acción comunitaria, consejos de salud) ^{F18}. Son tres; no hay nivel 4.

Niveles de orientación comunitaria en AP: nivel 2 = EpS grupal sobre las causas de las causas

A la hora de fortalecer la orientación comunitaria en Atención Primaria, la educación para la salud grupal trabajando sobre “las causas de las causas”, se corresponde con:

1. El nivel 1.
2. El nivel 2.
3. El nivel 3.
4. El nivel 4.

Niveles de orientación comunitaria en AP: nivel 2 = EpS grupal sobre las causas de las causas

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 orientación comunitaria en AP: nivel 3 = espacios formales de participación

¿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.

El mismo documento propone estos **apartados** para una estrategia de salud comunitaria ^{F18}:

- Introducción ^{F18}.
- Análisis de la situación ^{F18}.
- Objetivos ^{F18}.
- Líneas de acción ^{F18}.
- **Presupuesto específico** ^{F18}.
- Evaluación de la estrategia ^{F18}.
- Bibliografía ^{F18}.

Recomienda que la elaboración sea un **proceso intersectorial y participativo**, con enfoque de equidad ^{F18}. Las acciones deberían contar con **presupuesto específico** cuando sea necesario ^{F18}. La **evaluación** se hace **siempre de manera conjunta con los protagonistas de la comunidad** implicados ^{F18}.

Evaluar sí, pero con la comunidad

La lista de apartados incluye la **evaluación de la estrategia**, que se hace con los protagonistas de la comunidad ^{F18}. Ninguno de los siete apartados es una evaluación del diseño por un comité de expertos: por eso EIR2023-040 la da como la opción incorrecta. El documento desarrolla además un apartado de difusión y comunicación que no está en la lista ^{F18}.

EIR 2023 · 40P8 · respuesta en el solucionario

Diseño de estrategias de salud comunitaria: apartados recomendados

Identifique la opción INCORRECTA con respecto a los apartados explícitos propuestos para incluir en el diseño de estrategias de salud comunitaria según las últimas recomendaciones:

1. Presupuesto específico.
2. Objetivos.
3. Líneas de acción.
4. Evaluación del diseño por un comité de expertos.

Ciclo de la acción comunitaria (guía «Acción comunitaria para ganar salud»): un esquema de actuación **dividido en diferentes fases y organizado en forma de ciclo**; cada fase se apoya en el trabajo anterior y **condiciona el desarrollo de las siguientes** ^{F8}. No es un proceso lineal: los resultados de cada vuelta del ciclo pueden ayudar a **identificar nuevos objetivos y retos** ^{F8}. «**El desarrollo de las fases que se proponen en esta guía es orientativo**»: puede variar según el momento del grupo de trabajo, sus experiencias previas, sus expectativas, los proyectos que ya existen o desde qué sector se inicia la acción ^{F8}. Son **siete fases, numeradas de 0 a 6** ^{F8}.

Fase	Qué se quiere conseguir
0. Punto de partida. Conocerse y reconocerse	Identificar las motivaciones y objetivos para empezar y conectar con otras personas y grupos; normalmente no se empieza de cero ^{F8}
1. Hacer equipo y red	Definir el equipo motor y la red de apoyo ; si ya existe un espacio participativo, mejor no duplicar estructuras ^{F8}
2. Explorar la comunidad	Investigación colectiva: datos, recursos, necesidades, estrategias de resistencia y activos señalados por la población ^{F8}
3. Analizar y priorizar	Definir los campos de actuación prioritarios a partir de la revisión colectiva de los datos de la exploración ^{F8}
4. Preparar la acción	Elaborar un plan de actuación breve: objetivos, acciones, responsables, recursos, plazos y cómo se evaluará ^{F8}

Fase	Qué se quiere conseguir
5. Actuar	Desarrollar el plan de manera coordinada y participativa ^{F8}
6. Evaluar la acción comunitaria	Obtener información para la mejora continua, analizando el diseño, el proceso y los resultados ^{F8}

El ciclo empieza en 0

Como la numeración arranca en la fase 0, la **fase 3 es «Analizar y priorizar»** y el ciclo tiene siete fases, no cuatro ^{F8}. Además, la propia guía no es uniforme: la fase 4 aparece como «Preparar la acción» en el índice y como «Preparar cómo actuar» en su capítulo ^{F8}.

EIR 2025 · 55

P3 · respuesta en el solucionario

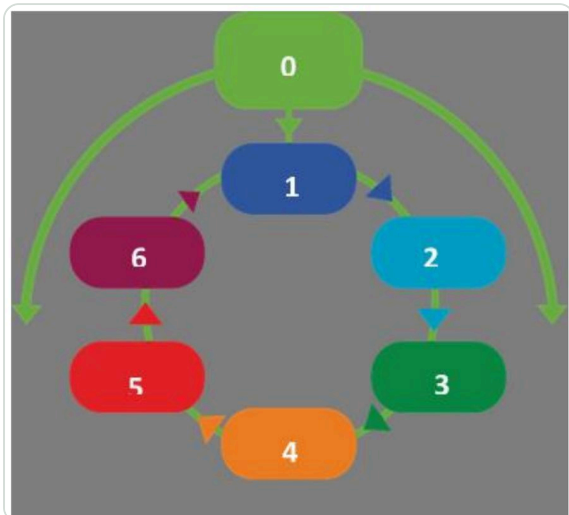
Ciclo de la acción comunitaria: fases orientativas según el contexto

Señale la respuesta correcta sobre el ciclo de acción comunitaria:

1. Es un esquema de actuación dividido en cuatro fases.
2. Cada fase es independiente y no condiciona el desarrollo de las fases siguientes.
3. Los resultados obtenidos en cada vuelta del ciclo ofrecen los mismos objetivos.
4. El desarrollo de las fases propuestas es orientativo y estarán condicionadas por los diferentes contextos.

Ciclo de la acción comunitaria: fase 3, analizar y priorizar

Pregunta asociada a la imagen 6. El ciclo de la acción comunitaria es un esquema de actuación dividido en diferentes fases orientativas, ya que puede variar según las circunstancias de cada grupo de trabajo. ¿Con qué fase corresponde el número 3 de la imagen?:



1. Explorar la comunidad.
2. Analizar y priorizar.
3. Actuar.
4. Evaluar.

La guía describe **cuatro pilares de la acción comunitaria** ^{F8}:

- **Trabajo interno de cada organización:** la acción comunitaria se sostiene en personas que actúan como parte de colectivos e instituciones ^{F8}.
- **Participación,** una de las claves de la acción comunitaria ^{F8}.
- **Procesos relacionales:** toda acción comunitaria trabaja sobre relaciones entre personas; incluye bases, actitudes y habilidades de proceso, como los liderazgos compartidos ^{F8}.
- **Claves de resultado:** asegurar una perspectiva de **equidad**, buscar la **efectividad** y **promover la evaluación desde las primeras fases** ^{F8}.

La evaluación se centra no solo en los resultados, sino también en la estructura y el proceso, con **evaluaciones formativas durante cada fase** y una **evaluación sumativa al final del ciclo** ^{F8}. La fase 6 la organiza en tres dimensiones: **estructural, de proceso y de resultados**, aunque en otro punto la misma fase las llama estructural, metodológica y de objetivo ^{F8}.

El análisis de la situación no es un pilar

Los pilares son **trabajo interno de cada organización, participación, procesos relacionales y claves de resultado** ^{F8}. El análisis de la situación es un apartado de las estrategias de salud comunitaria ^{F18}, y analizar y priorizar es una fase del ciclo ^{F8}.

Pilares de la acción comunitaria

Son todos pilares de la acción comunitaria, SALVO:

1. Análisis de la situación.
2. Participación.
3. Procesos relacionales.
4. Claves de resultado.

Todas las preguntas del tema (38)

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

EIR 2026 · 85

P1 · respuesta en el solucionario

Cuando la población participa en la toma de decisiones de forma autónoma y desarrolla parcialmente o por sí misma las acciones planificadas, ¿a qué nivel de participación comunitaria corresponde durante la elaboración de un programa de salud?:

1. Decisión-Acción Conjunta.
2. Control comunitario.
3. Liderazgo múltiple y compartido.
4. Consulta.

EIR 2026 · 79

P2 · respuesta en el solucionario

¿Cuál es el instrumento operativo que fomenta la promoción de la salud mediante la participación comunitaria y el trabajo intersectorial, según la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (2013) ?:

1. El mapeo de activos en salud.
2. La mesa de participación comunitaria.
3. El plan de salud local.
4. El consejo local de salud.

EIR 2025 · 55

P3 · respuesta en el solucionario

Señale la respuesta correcta sobre el ciclo de acción comunitaria:

1. Es un esquema de actuación dividido en cuatro fases.
2. Cada fase es independiente y no condiciona el desarrollo de las fases siguientes.
3. Los resultados obtenidos en cada vuelta del ciclo ofrecen los mismos objetivos.
4. El desarrollo de las fases propuestas es orientativo y estarán condicionadas por los diferentes contextos.

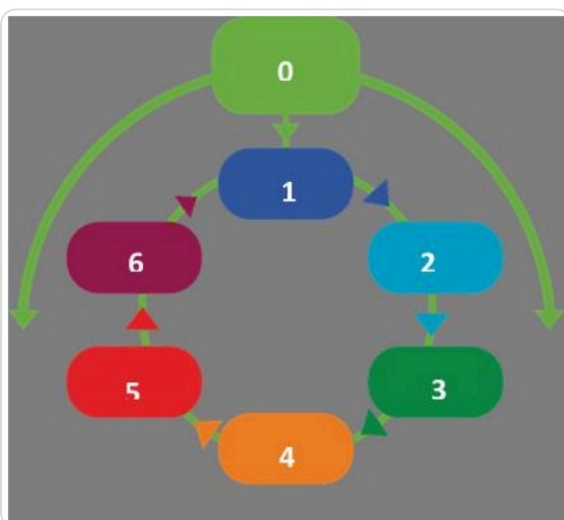
Sobre el Mapa de Activos de acción Comunitaria para ganar salud del Ministerio de Sanidad es correcto que:

1. Se desarrolla por medio de un proceso participativo entre las personas, asociaciones e instituciones de una comunidad.
2. Es un inventario de recursos de la comunidad para visibilizar, hacer accesible y ofrecer a la población los recursos locales que pueden mejorar su salud.
3. Es un bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población (Mirada objetiva).
4. Es el recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas (Mirada subjetiva).

En relación al test de Morisky Green Levine de adherencia al tratamiento es cierto que:

1. Se considera un paciente cumplidor si responde afirmativamente a todos los ítems.
2. Se considera un paciente cumplidor si responde de forma negativa a todos los ítems.
3. Se considera un paciente cumplidor si responde correctamente al menos al 75% de los ítems.
4. Se considera un paciente cumplidor si responde de forma incorrecta al menos al 75% de los ítems.

Pregunta asociada a la imagen 6. El ciclo de la acción comunitaria es un esquema de actuación dividido en diferentes fases orientativas, ya que puede variar según las circunstancias de cada grupo de trabajo. ¿Con qué fase corresponde el número 3 de la imagen?:



1. Explorar la comunidad.
2. Analizar y priorizar.
3. Actuar.
4. Evaluar.

Son todos pilares de la acción comunitaria, SALVO:

1. Análisis de la situación.
2. Participación.
3. Procesos relacionales.
4. Claves de resultado.

Identifique la opción INCORRECTA con respecto a los apartados explícitos propuestos para incluir en el diseño de estrategias de salud comunitaria según las últimas recomendaciones:

1. Presupuesto específico.
2. Objetivos.
3. Líneas de acción.
4. Evaluación del diseño por un comité de expertos.

A la hora de fortalecer la orientación comunitaria en Atención Primaria, la educación para la salud grupal trabajando sobre “las causas de las causas”, se corresponde con:

1. El nivel 1.
2. El nivel 2.
3. El nivel 3.
4. El nivel 4.

Sobre los agentes comunitarios, clave en los procesos comunitarios, señale la opción FALSA:

1. Son el conjunto de diferentes actores y actrices formales e informales que operan en el entorno comunitario.
2. Se clasifican en Administraciones, recursos técnicos y profesionales públicos y privados, y ciudadanía.
3. La ciudadanía, siempre ha de estar representada mediante asociaciones o grupos, para mejorar el funcionamiento del proceso, no se recomienda la participación individual.
4. En la acción comunitaria es especialmente importante el papel del gobierno local dentro de las administraciones.

Atendiendo a la periodicidad del consejo sobre el tabaco en población adulta general, es cierto que:

1. No es necesario reinterrogar a las personas mayores de 25 años de las que se tenga constancia en la historia clínica, que nunca han fumado.
2. Se debe realizar cada 7-10 meses en fumadores, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.
3. Se debe realizar en todos los casos cada vez que el paciente acuda a consulta por cualquier otro motivo.
4. Se debe realizar al menos cada 3 años en fumadores, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.

¿Cuál de las siguientes preguntas NO está dentro del cuestionario rápido sobre alimentación en una consulta oportunista en Atención Primaria según la Estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud?:

1. ¿Cuánta fruta y verdura toma al día?.
2. ¿Qué bebe normalmente con las comidas y a lo largo del día?.
3. ¿Cuántas veces a la semana come alimentos muy procesados o precocinados?.
4. ¿Cuántas veces come pescado azul a la semana?.

Según las últimas recomendaciones del Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, en la prevención del aislamiento social en personas mayores, son todas ciertas EXCEPTO:

1. Tener ≥ 75 años, no tener hijos o estar jubilado, se consideran factores de riesgo de aislamiento social.
2. Son herramientas validadas para la evaluación del aislamiento social y de uso habitual en Atención Primaria las escalas de Gijón y OARS (Escala de recursos sociales).
3. Aunque no hay suficiente evidencia sobre la efectividad de las intervenciones para mejorar el aislamiento social, las que parecen ser más efectivas son aquellas que ofrecen una actividad social y/o apoyo dentro de un formato grupal en el que se organizan charlas en las que se favorece el aprendizaje conductista.
4. Para poder implementar medidas de prevención es necesario identificar a las personas en riesgo de aislamiento, disponer de métodos para evaluar el aislamiento, desarrollar intervenciones dirigidas a la prevención y elaborar estrategias futuras para evitarlo.

¿Cuál es el primer criterio para definir prioridades en la realización de un Programa de Salud?:

1. Factibilidad.
2. Eficacia y evidencia del problema.
3. Magnitud y gravedad del problema de salud.
4. Diversidad de la población a la que se dirige.

En relación con las redes comunitarias, señale la INCORRECTA:

1. Las redes comunitarias son estructuras de colaboración para gestionar un bien o problema común.
2. La fortaleza de las redes comunitarias reside en su inclusividad (diversidad de sectores, profesiones y grupos sociales) y su flexibilidad (diversas opciones de implicación que puedan cambiar con el tiempo).
3. El trabajo coordinado resulta fundamental para poner en marcha acciones en las redes comunitarias.
4. La evaluación de la puesta en marcha de acciones por una red comunitaria se realizará tras la finalización de las acciones y tendrá en cuenta principalmente su efectividad.

¿Cada cuánto tiempo se debe aconsejar sobre alimentación saludable en población adulta?:

1. Al menos cada 3 meses, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.
2. Al menos una vez al año, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.
3. Al menos cada 2 años, coincidiendo con la valoración del resto de los factores.
4. Al menos una vez al año, y en cualquier ocasión que contacte con el sistema de manera oportunista.

En relación con los métodos de priorización de problemas, identifique cuál de los siguientes se basa en los aspectos: gravedad o severidad, magnitud o extensión, eficacia de la intervención y factibilidad del programa:

1. Método CENDES/OPS.
2. Método GEVER.
3. Método DARE.
4. Método Hanlon.

En relación con la gestión de la cronicidad en la pirámide de KAISER, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Es un modelo de estratificación del riesgo.
2. Se basa en el análisis y estratificación de la población según la complejidad y las necesidades de atención.
3. Clasifica a pacientes en cinco categorías, dependiendo de su nivel de complejidad.
4. Permite utilizar mejor los recursos humanos, concentrándolos sobre los grupos más complejos.

¿Cada cuánto tiempo debe hacerse el consejo sobre alimentación en población general adulta?:

1. Al menos cada 2 años, coincidiendo con la valoración del resto de los factores incluidos en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de la Salud (SNS).
2. Una vez al año, coincidiendo con la valoración del resto de los factores incluidos en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.
3. Cada 6-9 meses, coincidiendo con la valoración del resto de los factores incluidos en la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el SNS.
4. Cada vez que el paciente acuda a consulta, ya que el consejo frecuente ha demostrado incrementar los cambios de estilos de vida.

¿Qué dos poblaciones se han priorizado en una primera etapa en el ámbito de acción relacionado con los estilos de vida de la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015)?:

1. Menores de 14 años y mayores de 65 años.
2. Menores de 14 años y mayores de 50 años.
3. Menores de 15 años y mayores de 65 años.
4. Menores de 15 años y mayores de 50 años.

Uno de los principales factores abordados en la Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud (SNS), en el marco del abordaje de la cronicidad es (señale la respuesta FALSA):

1. El consumo de riesgo nocivo de alcohol.
2. El consumo de tabaco.
3. La salud sexual.
4. El bienestar emocional.

El diagnóstico comunitario es un instrumento fundamental en todo proceso de participación comunitaria. Esta fase del proceso debe incluir:

1. Debe incluir un traspaso progresivo del protagonismo hacia la comunidad que será capaz de gestionar sus recursos y capacidades.
2. Debe incluir la priorización de los problemas detectados.
3. Debe incluir datos estructurales básicos de territorio.
4. Debe incluir la evaluación del impacto de resultados.

Respecto a los procesos de Participación Comunitaria en Salud basándose en el modelo salutogénico, la elaboración de un mapa de activos en salud supone (señale la respuesta correcta):

1. Un proceso en que la ciudadanía comienza a descubrir factores positivos de su comunidad y tejer una red de relaciones y de apoyos mutuos.
2. Una estrategia para la realización de diagnósticos de salud desde el planteamiento de estimación de necesidades normativas.
3. Una estrategia de participación que pretende profundizar en la “foto de salud” inicial de la comunidad, describiendo los recursos formales de dicha comunidad.
4. Un abordaje que se basa en la información clásica de los indicadores de salud.

¿Cuál de las siguientes opciones NO es una recomendación de actividad física para población adulta?:

1. Se deben reducir los periodos sedentarios prolongados.
2. Actividad aeróbica mínima de 150 minutos a la semana de actividad física moderada.
3. Se debe realizar en bloques de una duración mínima de 30 minutos, para que tenga efectos sobre la salud.
4. Para obtener mayores beneficios, se puede aumentar la actividad aeróbica hasta 300 minutos de moderada o 150 minutos de vigorosa a la semana, o una combinación equivalente de ambas.

En un diagnóstico de salud de la comunidad es cierto que:

1. Es un examen que se realiza de forma previa al acceso a la comunidad.
2. La herramienta clave es el uso de los sistemas de información.
3. Es un diagnóstico que incluye principalmente los problemas de salud de una zona.
4. Es necesario contactar directamente con la población del barrio y actores locales.

Dentro de las fuentes utilizadas para realizar el diagnóstico de salud de una comunidad, es esencial conocer:

1. Censo de la población.
2. Registro de enfermedades de declaración obligatoria.
3. Suministro de agua potable.
4. Listas de espera.
5. Todas son correctas.

El Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) NO incluye como paquete mínimo en el Subprograma Infantil:

1. Cribado de hipotiroidismo congénito.
2. Promoción de lactancia materna.
3. Prevención de embarazo y enfermedades de transmisión sexual en adolescente.
4. Prevención del suicidio.
5. Prevención del tabaquismo activo y pasivo.

La evaluación de un programa de salud debe considerar:

1. La necesidad del programa.
2. Los resultados conseguidos.
3. El rendimiento de los recursos.
4. El cumplimiento de los tiempos previstos.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

Un procedimiento para identificar problemas de salud es mediante el acuerdo de personas que tienen información cualificada sobre la comunidad. Dos de las técnicas más frecuentemente empleadas son:

1. El cuestionario y los programas.
2. Las técnicas por indicadores y por criterios.
3. La técnica Delphi y la técnica del Grupo Nominal.
4. El cuestionario y el forum comunitario.
5. Todas las respuestas anteriores son correctas.

En un programa cuyo objetivo es capacitar a los adolescentes para que puedan elegir conductas orientadas a la salud y ayudar a los padres a promover la adaptación saludable de sus hijos, la población diana estará formada por:

1. Padres de adolescentes de ambos sexos residentes en la zona básica de salud.
2. Adolescentes de ambos sexos y sus padres residentes en la zona básica de salud.
3. Padres, profesores y cuidadores de adolescentes residentes en la zona básica de salud.
4. Los amigos y las amigas de adolescentes de la zona básica de salud.
5. Adolescentes de ambos sexos que residan en la zona básica de salud.

En los diseños de programas de salud cuando los objetivos de la planificación están formulados en términos que cubren todas las metas propuestas, cumplen con la característica de ser:

1. Lógicos.
2. Concretos.
3. Pertinentes.
4. Realistas.
5. Mensurables.

Es característico de un plan de salud que:

1. La planificación se oriente a la situación presente.
2. El modelo metodológico utilizado se centre exclusivamente en la epidemiología.
3. Todos los determinantes de salud considerados estén dentro del área de acción del sistema sanitario.
4. Sea totalmente objetivo.
5. Se plantee con una perspectiva integral del abordaje de los problemas.

En un trabajo de grupo con la comunidad cuya finalidad es identificar problemas y establecer prioridades. Su dinámica consiste en plantear una pregunta sobre la que cada miembro realiza una reflexión personal, poner en común las diferentes respuestas y establecer una discusión que permita concretar y clarificar las ideas y agrupar los temas ¿se utiliza la técnica de?:

1. Brainstorming.
2. Acción participante.
3. Marketing social.
4. Grupo nominal.
5. Precede.

En la elaboración de un programa de salud, la determinación de actividades se corresponde con la etapa de:

1. Programación.
2. Ejecución.
3. Priorización.
4. Organización.
5. Dirección.

Según el Ministerio de Sanidad y Consumo el Programa de Atención Integral a la Mujer consta de:

1. Un subprograma obstétrico y un subprograma ginecológico.
2. La atención al embarazo, el parto y el puerperio.
3. La atención al parto y el puerperio, por una parte, y la atención a los trastornos del climaterio por otra.
4. El consejo genético, el diagnóstico prenatal, la atención al parto y al puerperio.
5. Se recoge toda la atención en el programa obstétrico para la familia.

Una vez que se han identificado los problemas y las necesidades que afectan a una comunidad se pasa a la etapa de:

1. Planificación.
2. Ejecución-acción.
3. Determinación de objetivos.
4. Intervención y resolución.
5. Priorización.

Cuando una enfermera participa en la identificación de las necesidades de salud y de calidad de vida de la población para establecer prioridades de atención por parte de los servicios de la comunidad, está realizando:

1. Un programa de salud.
2. Un estudio comunitario de salud.
3. Una intervención comunitaria.
4. Una coordinación intersectorial.
5. Una planificación de servicios comunes.

Según la clasificación de Bradshaw, ¿qué tipo de necesidad es la que define el profesional de acuerdo con sus propios estándares?:

1. Necesidad percibida.
2. Necesidad expresada.
3. Necesidad comparada.
4. Necesidad normativa.
5. Necesidad de experto.

Preguntas que también podrían ser de este tema (27)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2025 · 202

P39 · respuesta en el solucionario

¿Qué es un activo para la salud en acción comunitaria?:

1. Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población y cuyo inventario aporta información valiosa para estudiar su distribución por áreas e identificar focos de acción para un posterior desarrollo o potenciación de los mismos.
2. Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas. Supone una mirada subjetiva.
3. Recurso que es reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva y mirada objetiva de las personas implicadas.
4. Bien o servicio que puede mejorar la salud o el bienestar de una persona o población. Supone una mirada objetiva.

EIR 2025 · 58

P40 · 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

P41 · 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.

A qué se refiere un “recurso reconocido como favorable para mantener o mejorar la salud desde la perspectiva de las personas implicadas”:

1. Activo.
2. Recurso.
3. Proceso de empoderamiento.
4. Producto saludable.

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.

¿Qué recomendación dicta la Organización Mundial de la Salud referente a la Actividad Física para la Salud en edades comprendidas entre 5 a 17 años?:

1. Una Actividad Física durante mínimo 60 minutos diarios de intensidad moderada a vigorosa.
2. La actividad Física media diaria debería ser, en su mayor parte, anaeróbica.
3. Convendría incorporar actividades vigorosas, en particular para fortalecer los músculos y los huesos, como mínimo dos veces a la semana.
4. Una Actividad Física durante mínimo 120 minutos diarios de intensidad leve a moderada.

Respecto al modelo de estratificación de riesgos de Kaiser Permanente, señale la respuesta INCORRECTA:

1. Se basa en el análisis y estratificación de la población según la complejidad y las necesidades de atención.
2. Identifica cinco niveles de intervención según el grado de complejidad del caso.
3. Organiza a los pacientes según su riesgo, lo que permite utilizar mejor los recursos humanos, concentrándolos sobre los grupos más complejos.
4. En el nivel 1 de la pirámide de riesgo se encuentran los pacientes enfermos crónicos con buen control de su enfermedad.

Previo a realizar una intervención comunitaria sobre hábitos de actividad física y sedentarismo en la población infantil y adolescente española, se han de conocer los últimos informes sobre el tema que se indica, EXCEPTO:

1. En la edad de entre 9 y 12 años las niñas no cumplen las recomendaciones de actividad física en mayor proporción (alrededor de un 20-25%) que los niños.
2. En la adolescencia (13-17 años) aumenta el no cumplimiento de las recomendaciones de actividad física en ambos sexos.
3. La mayoría de los niños y niñas entre 6 a 9 años camina para ir o volver de la escuela respectivamente, pero solo si la distancia a la escuela es menor de un kilómetro.
4. Los porcentajes de las adolescentes son similares al de los adolescentes en cuanto a la actividad física durante el recreo.

Según la estrategia de promoción de la salud y prevención en el Sistema Nacional de Salud, ¿Cuál de las siguientes Recomendaciones sobre actividad física en población adulta, NO es correcta?:

1. Realizar un mínimo de 150 minutos a la semana de actividad física moderada o un mínimo de 75 minutos a la semana de actividad vigorosa.
2. Deben realizarse ejercicios de fuerza (potenciación muscular) de los grandes grupos musculares al menos dos días a la semana.
3. Reducir los periodos sedentarios prolongados, realizando descansos activos cada tres o cuatro horas con sesiones cortas de estiramientos o dando un breve paseo.
4. Con el fin de mantener la amplitud de movilidad articular, se recomienda realizar series de ejercicios de flexibilidad dos veces a la semana.

Entre los llamados mecanismos de participación comunitaria encontramos los grupos de apoyo, que hacen referencia a:

1. Grupos de personas sanas o enfermas vinculadas por un problema similar, con la expectativa de que las dinámicas grupales generadas ayuden a mejorar determinados aspectos de la evolución de los pacientes.
2. Grupo de personas que suelen representar a diferentes colectivos sociales y a varios sectores con repercusión sobre la salud, profesionales de los servicios sanitarios, que entablan diálogos compartidos en torno a la salud.
3. Personas que, por sus intereses, inquietudes, actividad desarrollada o por captación del sistema sanitario, reciben formación para realizar tareas de promoción de salud con sus pares y conciudadanos, de manera voluntaria y sin vinculación administrativa con el sistema sanitario.
4. Profesionales de la salud que realizan tareas de promoción y prevención para la población mejorando la capacitación de usuarios, familias y comunidad.

Desde el punto de vista de salud pública, ¿Cuál es la definición de comunidad?:

1. Conjunto de seres humanos, enfermos o no, que viven en un territorio definido por límites geográficos.
2. Conjunto de personas que influyen y son afectadas por un determinado entorno educativo.
3. Grupo social determinado por límites geográficos y/o intereses y valores comunes. Sus miembros se conocen e interaccionan entre ellos.
4. Conjunto de diversas poblaciones que habitan un ambiente común en un determinado tiempo y que se encuentra en interacción recíproca.

Entre las recomendaciones sobre la práctica de ejercicio físico en una persona adulta sana NO se encuentra una de las siguientes:

1. Realizar 150 minutos a la semana de ejercicio anaeróbico vigoroso.
2. Realizar, al menos 2 días a la semana, actividades de fortalecimiento muscular y actividades para mejorar la flexibilidad.
3. Reducir los periodos sedentarios prolongados de más de 2 horas seguidas, realizando descansos activos cada una o dos horas.
4. Fomentar el transporte activo (caminar, ir en bici, ...).

Los agentes implicados en un proceso de participación comunitaria son tres (señale la respuesta correcta):

1. Servicios que incluyen técnicos y profesionales, ciudadanía y la administración.
2. Profesionales de Trabajo Social, Medicina y Enfermería.
3. Políticos, personal sanitario y personal del ámbito educativo.
4. Personal sanitario, personal del ámbito educativo y personal del sector social.

Según el modelo de salud comunitaria basado en activos, ¿cuáles diría que son los elementos que determinan qué es un activo en salud?: (Señale la respuesta INCORRECTA):

1. Aquellos que mejoren la capacidad de las personas, poblaciones e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar.
2. Aquellos que pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario como elementos protectores para contrarrestar situaciones de estrés.
3. Aquellos factores que sean definidos por el profesional sanitario desde el centro de salud.
4. Aquellos factores que implican un cambio en la mirada de las poblaciones e instituciones al contexto y se centran en aquello que mejora la salud.

En relación a la actividad física es cierto que:

1. Un MET, o equivalente metabólico, es la cantidad de energía empleada por el organismo cuando se está activo (practicando algún tipo de ejercicio físico). De forma que cuando se está en reposo el cuerpo gasta 0 METs.
2. Las recomendaciones para población adulta a nivel internacional recomiendan una actividad aeróbica mínima de 150 minutos a la semana de actividad física moderada.
3. La actividad física se debe realizar en bloques de una duración mínima de 30 minutos.
4. Un adecuado estado de forma físico es un factor protector de mortalidad por todas las causas (Riesgo Relativo=1).

Durante la priorización de una serie de problemas de cuidados que ha ido identificando durante el último año en sus pacientes, usted tiene los siguientes datos a cerca de uno de estos problemas: Severidad = 6; Magnitud = 8; Factibilidad de la intervención = 1; Efectividad de la Intervención = 0,5. Señale la respuesta correcta que representa la aplicación del método Hanlon:

1. $6 + 8 \times 0,5 \times 1$
2. $(8 + 6) \times 0,5 \times 1$
3. $8 + 6 \times 0,5 \times 1$
4. $(8 + 1) \times 6 \times 0,5$

Acude a su consulta Pablo, hombre de 58 años, que tiene un pequeño comercio en la zona adscrita al Centro de Salud donde usted le está atendiendo. Pablo está casado con Pilar de 57 años que se dedica por completo al cuidado de sus dos hijas (de 13 y 14 años) y la madre de Pablo que tiene 82 años, y a la que el propio Pablo define como “gran dependiente”. Durante la entrevista Pablo se muestra cansado, preocupado por el estado físico y anímico de su mujer y comenta que en la localidad de al lado, que es tan grande como la suya y que tiene la misma proporción de mayores dependientes, “han abierto un centro de día para mayores y eso nosotros también lo necesitamos”. Señale la respuesta correcta que indica el tipo de necesidad que Pablo muestra:

1. Sentida.
2. Comparada.
3. Normativa.
4. Expresada.

De acuerdo con la estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad en 2012, se consideran todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico como:

1. Enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y enfermedades cardiovasculares.
2. Enfermedades cardiovasculares, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer, diabetes y problemas de salud mental.
3. Problemas de salud mental con minusvalía, enfermedades respiratorias crónicas, diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer.
4. Enfermedades cardiovasculares, enfermedad mental, enfermedades respiratorias crónicas, cáncer y diabetes.

En el diagnóstico de salud de una comunidad, si se plantea como objetivo conocer cómo influye el entorno medioambiental en la comunidad, el indicador que se tiene que incluir en el análisis es:

1. Tasa de desempleo.
2. Características geográficas.
3. Estructura general de la población.
4. Tasa de fecundidad.
5. Población correctamente vacunada.

Desde el punto de vista de la salud comunitaria, la vida cotidiana es el espacio donde se manifiestan:

1. Los procesos biológicos.
2. La articulación entre los procesos biológicos y sociales.
3. Los problemas de salud.
4. Las enfermedades.
5. Las enfermedades y los problemas de salud.

Dentro de un plan de salud, la parte del proceso que comprende la realización de las acciones e intervenciones sobre la salud o los servicios, y su evaluación, posibilitando cerrar el ciclo de la planificación y comparar los resultados obtenidos con los esperados, se corresponde con la etapa de planificación:

1. Normativa.
2. Estratégica.
3. Táctica.
4. Estructural.
5. Operativa.

¿Qué tipo de protocolo es aquél en el que se describen detalladamente el qué, el cómo y el cuándo de las actividades que ha de llevar a cabo la enfermera con los pacientes hipertensos?:

1. De estructura.
2. De proceso.
3. De resultado.
4. De calidad.
5. De planificación.

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.

Según la clasificación de Bradshaw sobre el estado de las necesidades de servicios de salud, la necesidad que surge cuando un grupo, en igualdad de condiciones a otro, no percibe los mismo servicios, se denomina necesidad:

1. Compartida.
2. Comparada.
3. Normativa.
4. Sentida.
5. Expresada.

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.

El concepto que se define por el número de años de vida perdidos y por el número de años de calidad de vida perdidos, se denomina:

1. Vulnerabilidad y tendencia en el tiempo.
2. Criterios de gravedad.
3. Repercusión local.
4. Gravedad del caso.
5. Extensión y gravedad del problema.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 85	3	
P2	EIR 2026 · 79	3	
P3	EIR 2025 · 55	4	
P4	EIR 2025 · 49	1	
P5	EIR 2024 · 89	2	
P6	EIR 2024 · 6	2	
P7	EIR 2023 · 42	1	hoja del archivo oficial
P8	EIR 2023 · 40	4	hoja del archivo oficial
P9	EIR 2023 · 39	2	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2022 · 193	3	
P11	EIR 2022 · 185	1	
P12	EIR 2022 · 180	4	
P13	EIR 2022 · 178	3	
P14	EIR 2021 · 184	3	
P15	EIR 2021 · 166	4	
P16	EIR 2021 · 162	3	
P17	EIR 2021 · 34	4	
P18	EIR 2021 · 33	3	
P19	EIR 2019 · 219	1	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2019 · 217	4	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2018 · 183	3	hoja del archivo oficial
P22	EIR 2018 · 180	3	hoja del archivo oficial
P23	EIR 2018 · 178	1	hoja del archivo oficial
P24	EIR 2018 · 135	3	hoja del archivo oficial
P25	EIR 2017 · 32	4	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2015 · 149	5	reconstruida por un tercero
P27	EIR 2015 · 129	4	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2014 · 184	5	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2014 · 128	3	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2014 · 123	2	reconstruida por un tercero
P31	EIR 2010 · 104	3	reconstruida por un tercero
P32	EIR 2009 · 77	5	reconstruida por un tercero
P33	EIR 2007 · 67	4	reconstruida por un tercero
P34	EIR 2007 · 65	1	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2006 · 79	1	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2006 · 74	5	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2006 · 63	2	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2005 · 104	4	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2025 · 202	2	
P40	EIR 2025 · 58	3	
P41	EIR 2025 · 52	3	
P42	EIR 2023 · 41	1	hoja del archivo oficial
P43	EIR 2021 · 157	1	
P44	EIR 2021 · 153	1	
P45	EIR 2019 · 211	2	hoja del archivo oficial
P46	EIR 2018 · 234	4	hoja del archivo oficial
P47	EIR 2018 · 218	3	hoja del archivo oficial
P48	EIR 2018 · 181	1	hoja del archivo oficial
P49	EIR 2018 · 141	3	hoja del archivo oficial
P50	EIR 2017 · 213	1	
P51	EIR 2017 · 37	1	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2017 · 33	3	
P53	EIR 2017 · 8	2	
P54	EIR 2016 · 202	2	hoja del archivo oficial
P55	EIR 2016 · 199	2	hoja del archivo oficial
P56	EIR 2016 · 83	2	hoja del archivo oficial
P57	EIR 2015 · 147	2	reconstruida por un tercero
P58	EIR 2013 · 102	2	reconstruida por un tercero
P59	EIR 2011 · 79	5	
P60	EIR 2011 · 74	2	
P61	EIR 2011 · 68	2	
P62	EIR 2009 · 74	1	reconstruida por un tercero
P63	EIR 2007 · 97	2	reconstruida por un tercero
P64	EIR 2006 · 76	2	reconstruida por un tercero
P65	EIR 2006 · 75	4	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria (I). SEMERGEN. 2003;29(5):244-54. doi:10.1016/S1138-3593(03)74187-2. · [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(03\)74187-2](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(03)74187-2) · consultada 2026-09-25
- **F2** Rodríguez Alcalá FJ, López de Castro F. Planificación sanitaria (II): desde la priorización de problemas a la elaboración de un programa de salud. SEMERGEN. 2004;30(4):180-9. doi:10.1016/S1138-3593(04)74298-7. · [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(04\)74298-7](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(04)74298-7) · consultada 2026-09-25
- **F3** López de Castro F, Rodríguez Alcalá FJ. Planificación sanitaria (y III). Organización del trabajo y evaluación. SEMERGEN. 2004;30(8):397-407. doi:10.1016/S1138-3593(04)74337-3. · [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(04\)74337-3](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(04)74337-3) · consultada 2026-09-25
- **F4** Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. Milbank Memorial Fund Quarterly. 1966;44(3 Pt 2):166-203 (reimpreso en Milbank Q. 2005;83(4):691-729). Texto completo en acceso abierto en PubMed Central (PMC2690293). · <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x> · consultada 2026-09-25
- **F5** Organización Mundial de la Salud. Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales. Serie «Salud para Todos», n.º 6. Ginebra: OMS, 1981. · <https://iris.who.int/handle/10665/40741> · consultada 2026-09-25
- **F6** Bradshaw J. The taxonomy of social need. En: McLachlan G (ed.). Problems and progress in medical care, 7th series. Oxford University Press, 1972, pp. 71-82 (depósito de la University of York en White Rose Research Online). · <https://eprints.whiterose.ac.uk/id/eprint/118357/> · consultada 2026-09-25
- **F7** Sánchez Martínez FI, Abellán Perpiñán JM, Martínez Pérez JE. ¿Cómo se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe SESPAS 2008. Gaceta Sanitaria. 2008;22(Supl 1):126-36. Texto leído en el PDF publicado por los autores en la web de su grupo de la Universidad de Murcia (um.es/esyec/gtes). · [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(08\)76084-9](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(08)76084-9) · consultada 2026-09-25
- **F8** Ministerio de Sanidad. Acción comunitaria para ganar salud. O cómo trabajar en común para mejorar las condiciones de vida. Madrid, 2021 (edición 2025, 1.ª edición corregida). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf · consultada 2026-09-25
- **F9** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. Aprobada por el CISNS el 18 de diciembre de 2013. Madrid, 2014. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F10** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo integral en estilo de vida en Atención Primaria, vinculado con recursos comunitarios en población adulta. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el SNS. Aprobado por el CISNS el 14 de enero de 2015. Madrid, 2015. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/envejecimientoSaludable/activo/docs/Consejo_Integral_EstiloVida_en_AtencionPrimaria.pdf · consultada 2026-09-25
- **F11** Organización Mundial de la Salud. Directrices de la OMS sobre actividad física y hábitos sedentarios: de un vistazo. Ginebra: OMS, 2020. · <https://iris.who.int/handle/10665/337004> · consultada 2026-09-25
- **F12** Gorroñogoitia Iturbe A, López-Torres Hidalgo J, Martín Lesende I, et al. Actualización PAPPS GdT Mayor 2020. Atención Primaria. 2020;52(Supl 2):114-24. · <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2020.09.005> · consultada 2026-09-25

- **F13** García Pliego RA, de Hoyos Alonso MC, Herreros Herreros Y, et al. Actividades preventivas en el mayor. Actualización PAPPS 2024. Atención Primaria. 2024;56(Supl 1):103132. · <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103132> · consultada 2026-09-25
- **F14** Córdoba García R, Camarelles Guillem F, Muñoz Seco E, et al. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Actualización PAPPS 2024. Atención Primaria. 2024;56(Supl 1):103133. · <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103133> · consultada 2026-09-25
- **F15** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2012. · https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/abordajeCronicidad/docs/ESTRATEGIA_ABO_RDAJE_CRONICIDAD.pdf · consultada 2026-09-25
- **F16** Departamento de Sanidad y Consumo, Gobierno Vasco. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Vitoria-Gasteiz, julio de 2010. · https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_departamento/es_def/adjuntos/estrategia-cronicidad.pdf · consultada 2026-09-25
- **F17** 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. Atención 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 2026-09-25
- **F18** 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. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/documentosTecnicos/docs/recomendaciones_estrategia_salud_comunitaria.pdf · consultada 2026-09-25
- **F19** Casseti V, López-Ruiz V, Paredes-Carbonell JJ; Grupo de Trabajo del Proyecto AdaptA GPS. Participación comunitaria: mejorando la salud y el bienestar y reduciendo desigualdades en salud. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social – Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2018 (GuíaSalud). · <https://portal.guiasalud.es/gpc/participacion-comunitaria/> · consultada 2026-09-25
- **F20** Ministerio de Sanidad. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. Madrid, 30 de abril de 2020. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf · consultada 2026-09-25
- **F21** Organización Panamericana de la Salud. 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):371-388 (definición de comunidad, p. 374). Texto leído en el PDF del repositorio institucional IRIS de la OPS. · <https://iris.paho.org/handle/10665.2/39454> · consultada 2026-09-28
- **F22** Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS, 2010 (pp. 7 y 20). Texto leído en el PDF del repositorio institucional IRIS de la OMS. · <https://iris.who.int/handle/10665/44441> · consultada 2026-09-28
- **F23** Román Viñas B, Serra Majem L, et al. (Fundación para la Investigación Nutricional, CIBEROBN, CIBERESP y grupos universitarios). Informe 2016: Actividad Física en niños y adolescentes en España. Barcelona: Fundación para la Investigación Nutricional, en colaboración con Active Healthy Kids Canada, 2016 (pp. 6, 12 y 19). Texto leído en el PDF publicado por la Fundación en su web. ·

- **F24** Choi BCK, Maza RA, Mujica OJ; PAHO Strategic Plan Advisory Group; PAHO Technical Team. The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. Rev Panam Salud Publica. 2019;43:e61. doi:10.26633/RPSP.2019.61. Texto leído en el PDF del repositorio institucional IRIS de la OPS. · <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51105> · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Características de los objetivos «pertinentes» y «lógicos» (EIR2010-104): la serie clásica se atribuye a Pineault y Daveluy (La planificación sanitaria, Masson), sin acceso abierto oficial; SEMERGEN solo recoge mensurables, claros, concretos y realistas. Refuerzo del 28/09: una búsqueda solo dio un blog, material de un curso universitario, una copia en Scribd, Google Libros y un capítulo de manual de la Universidad Nacional de La Plata (repositorio SEDICI, leído) que no trae esas características.
- «Estudio comunitario de salud» como nombre de la identificación de necesidades para establecer prioridades (EIR2006-063) y «gravedad del caso» medida en años de vida perdidos y de calidad de vida perdidos (EIR2006-075): términos no localizados en fuente oficial abierta. Refuerzo del 28/09: una búsqueda por cada término; solo salieron revistas, webs de colegios y material docente que no usan esas expresiones, y artículos sobre carga de enfermedad (AVISA) que no hablan de «gravedad del caso». SEMERGEN (F2) solo dice, para el método GEVER, que la gravedad puede medirse con los años de vida perdidos o la calidad de vida.
- Vida cotidiana como articulación de procesos biológicos y sociales (EIR2013-102): no localizada en fuente oficial. Refuerzo del 28/09: una búsqueda solo dio revistas cubanas y material docente de universidades latinoamericanas, ninguno oficial. (La definición de comunidad de EIR2018-141 se resolvió con la OPS 1976.)
- Grupos de apoyo como mecanismo de participación comunitaria (EIR2018-181) y tipos de participación «de hecho, voluntaria, espontánea, provocada» (EIR2009-074): sin fuente oficial localizada; en el refuerzo del 28/09 una búsqueda de los mecanismos de participación (consejos de salud, agentes de salud, grupos de apoyo) solo dio webs de sociedades y de servicios de salud que no definen los grupos de apoyo (la de Rioja Salud, leída, no los menciona).
- Paquete mínimo del subprograma infantil del PAPPS (EIR2015-129): el artículo de Martín Zurro «PAPPS (1988-1999)» (Rev Pediatr Aten Primaria 1999;1(2):131-6, pap.es) habla de paquetes mínimos, pero no enumera el del subprograma infantil (solo la evolución de las actividades evaluadas); no responde. Programa de Atención Integral a la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo (EIR2006-079): refuerzo del 28/09, una búsqueda; el «Plan integral de atención a la mujer» del INSALUD (1998, web del INGESA, leído) no organiza la atención en subprogramas obstétrico y ginecológico; el programa ministerial no se ha localizado en línea. (EIR2018-234 se resolvió con el Informe 2016 de la Fundación para la Investigación Nutricional.)
- Texto completo de Morisky, Green y Levine (Med Care 1986) y de la validación de Val Jiménez (Aten Primaria 1992): no leídos; el test se ha redactado con la revisión de Rodríguez Chamorro (2008). Refuerzo del 28/09: Morisky 1986 solo está en Ovid/LWW, de pago; su resumen de PubMed (E-utilities) confirma la escala de cuatro ítems en hipertensión, sin el criterio de cumplidor. Val Jiménez 1992 no tiene DOI ni texto completo en línea; su resumen de PubMed no da el criterio de cumplidor del test (solo el de cumplimiento por recuento de comprimidos, entre el 80 y el 110 %).
- Obra original de Hanlon y Pickett (Public Health Administration and Practice, 8.^a ed., Mosby, 1984) y artículo original de Delbecq y Van de Ven (grupo nominal, J Appl Behav Sci 1971): sin acceso abierto oficial. Refuerzo del 28/09: la ecuación original se ha tomado de su descripción por la OPS (F24); el artículo de Hanlon de

1954 (Public Health Rep) está en PMC, pero según la OPS aún no tenía la ecuación y no se ha leído. El DOI de Delbecq lleva a SAGE, que devuelve 403 con comprobación contra robots.

- «Plan de salud local» como «instrumento operativo» de la Estrategia de Promoción de la Salud 2013 (EIR2026-079): la Estrategia habla de «planes de salud local» (municipios de la Red Española de Ciudades Saludables), de «Plan de desarrollo local» y de «plan local», pero la expresión «instrumento operativo» no aparece en su texto completo (búsqueda de «instrumento» y «operativ» en el PDF, 28/09). La Guía para la implementación local de la Estrategia (Ministerio, 2015) tampoco la usa y no habla de «plan de salud local»: llama «instrumento o estructura para ganar salud mediante una colaboración intersectorial» a la mesa de coordinación intersectorial. Ninguna fuente oficial leída llama «instrumento» al plan de salud local (clave oficial, opción 3); lo que la Estrategia crea dentro del Plan de desarrollo local son «mesas intersectoriales» que «contarán con participación ciudadana», y la Guía de 2015 llama «instrumento» a esa mesa. No se ha puesto recuadro de discrepancia porque ninguna fuente dice que el instrumento operativo sea otro y la opción 2 («mesa de participación comunitaria») no es el nombre que usan las fuentes; decisión pendiente del coordinador (revisión del refuerzo, fila 22).