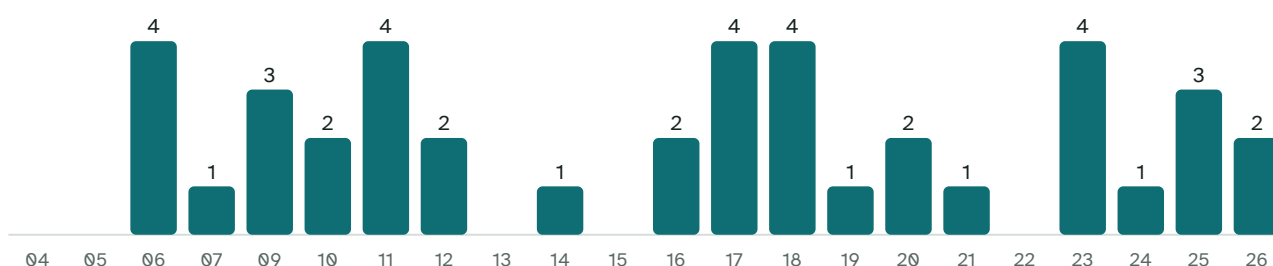


Salud, determinantes e indicadores

Este tema es la puerta de entrada a la salud pública: qué entendemos por salud, de qué depende (los determinantes), por qué se reparte de forma desigual entre grupos sociales y cómo se mide con indicadores. En el EIR cae casi todos los años y de forma muy literal: la definición de equidad, los cuatro elementos del Informe Lalonde, las capas de Dahlgren y Whitehead, los ejes de desigualdad del marco de la Comisión de 2010, la Carta de Ottawa y la fórmula de la tasa de mortalidad infantil. Muchas preguntas usan casi literalmente las palabras de los documentos oficiales, así que aquí se reproducen con la mayor fidelidad posible.

Apuntes para el EIR · versión 2026-10-01 · **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



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

Lo más repetido

- Equidad en salud: definición (3 exámenes)
- Informe Lalonde: los cuatro determinantes de salud (2 exámenes)
- Tasa de mortalidad infantil: muertes <1 año por 1.000 nacidos vivos (2 exámenes)
- Ejes de desigualdad en salud: clase social, género, edad, etnia y territorio (2 exámenes)
- Promoción de la salud: definición (Ottawa) (2 exámenes)
- Autopercepción del estado de salud: peor en mujeres (2 exámenes)

Índice

Resumen para repasar	3
Puntos clave	7
1. Concepto de salud: de la OMS a la salutogénesis	9
2. Determinantes de la salud: Lalonde y Dahlgren-Whitehead	14
3. Equidad y desigualdades sociales en salud	21
4. Marco de los determinantes de las desigualdades (Comisión 2010)	25
5. Promoción de la salud: Carta de Ottawa y conferencias mundiales	29
6. Políticas de salud pública: Estrategia de Salud Pública 2022 y ODS	36
7. Indicadores de mortalidad y esperanza de vida	39
8. Salud percibida e Indicadores clave del SNS	44
Todas las preguntas del tema (43)	49
Preguntas que también podrían ser de este tema (12)	62
Solucionario	66
Fuentes	69

Resumen para repasar

1. Concepto de salud: de la OMS a la salutogénesis

- Salud = **completo bienestar físico, mental y social**, no solo ausencia de enfermedad: **preámbulo de la Constitución de la OMS** ^{F1}.
- El **grado máximo de salud** es un derecho fundamental «sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social»: también en el **preámbulo de la OMS** ^{F1}.
- Laín Entralgo: criterio **utilitario o érgico** = cumplir lo que la **sociedad espera** de la vida de la persona; además, morfológico, etiológico, funcional, conductal y subjetivo ^{F31}.
- Smith: clínica, desempeño del rol, adaptativa y **eudemonística** (**pleno desarrollo del potencial** del individuo) ^{F32}.
- Ottawa: la salud es un **recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida**; concepto positivo ^{F2,F4}.
- Salutogénesis: **Aaron Antonovsky** (médico-sociólogo); estudia el **origen de la salud**; continuo bienestar-malestar; Recursos Generales de Resistencia ^{F5}.
- Sentido de coherencia: **comprensibilidad** (cognitivo), **manejabilidad** (instrumental) y **significatividad** (motivacional) ^{F5}.
- Modelo del **déficit**: solucionar problemas, **medicalización y dependencia** del sistema; modelo de **activos** (Morgan y Ziglio, 2007): fortalezas y talentos; son complementarios ^{F6}.
- Frase literal de la Constitución de la OMS: «no solamente la ausencia de **afecciones o enfermedades**» ^{F1}.

2. Determinantes de la salud: Lalonde y Dahlgren-Whitehead

- Determinantes = factores **personales, sociales, económicos y ambientales** que determinan el estado de salud ^{F2}.
- **Lalonde (1974): biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención sanitaria**; el gasto iba al sistema sanitario, pero las causas estaban en los otros tres ^{F7}.
- **Dahlgren y Whitehead (1991)**, del centro afuera: **edad, sexo y factores constitucionales** → estilos de vida → **redes sociales y comunitarias** → condiciones de vida y de trabajo (agua y saneamiento, vivienda...) → condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales ^{F8,F9}.
- **Factor de riesgo**: condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes asociados a mayor **susceptibilidad** para una enfermedad, una salud deficiente o lesiones ^{F2}.
- **Estilo de vida** = **patrones** de comportamiento condicionados socialmente; la actividad aislada para mantener la salud es la **conducta orientada hacia la salud** ^{F2}.
- Soledad (OMS, 2025): **1 de cada 6** personas y **más de 871 000 muertes/año**; más ictus, cardiopatía, diabetes, depresión y ansiedad ^{F15}.
- Lalonde: el **medio ambiente** es lo externo al cuerpo, con poco control, e incluye el **entorno social**; el **estilo de vida**, las decisiones con más o menos control (**riesgos autoimpuestos**) ^{F7}.
- Informe 2016 de actividad física: no cumplen las recomendaciones el **62 % de las niñas** de 9-12 años (39 % de los niños) y el **86 % de las adolescentes** de 13-17; activos en el recreo a los 16-18 años, **15 % de los adolescentes frente a 3 % de las adolescentes** ^{F34}.
- Enfermedades crónicas = **ENT**: larga duración, **combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento**; **permanencia, incapacidad residual** irreversible y **rehabilitación** ^{F35,F36}.

3. Equidad y desigualdades sociales en salud

- **Equidad**: que **ninguna persona se encuentre en desventaja** para alcanzar su **máximo potencial de salud**; recursos **según necesidad** ^{F3,F9}.
- Equidad **no** es igualdad en el estado de salud ^{F2}.
- **Desigualdades sociales en salud**: diferencias **injustas y evitables, sistemáticas**, entre grupos definidos social, económica, demográfica o geográficamente; en España = inequidades ^{F9,F11}.
- Existen **entre países y dentro de cada país**, con **gradiente social** ^{F9,F11}.
- **Ley de atención inversa** (Tudor Hart, 1971): la buena atención varía **inversamente** con la necesidad ^{F10}.
- Equidad en salud **no** es igualdad en el estado de salud: la inequidad nace de **oportunidades desiguales** (servicios, alimentación, vivienda) ^{F2}.
- También **variaciones geográficas** (comunidades autónomas, barrios) y desigualdades **entre clases**; algunas **están aumentando** ^{F11}.

4. Marco de los determinantes de las desigualdades (Comisión 2010)

- Comisión española (2010), basada en **Solar e Irwin y Navarro**: determinantes **estructurales** e **intermedios** ^{F11}.
- Estructurales: **contexto socioeconómico y político** (gobierno, políticas macroeconómicas, mercado de trabajo, Estado del Bienestar, valores) y **ejes de desigualdad** ^{F11}.
- Ejes: **clase social, género, edad, etnia o raza y territorio**; ligados a la **discriminación** ^{F11}.
- Intermedios: **recursos materiales** (empleo y trabajo, trabajo no remunerado, ingresos, **vivienda**, barrio), factores psicosociales, conductuales y biológicos, y **sistema de salud** ^{F11}.
- Las desigualdades causan un exceso de morbilidad **superior** a la mayoría de factores de riesgo y **pueden reducirse** con políticas adecuadas ^{F11}.
- Afectan a **toda la población** y se **reproducen a lo largo del ciclo vital** ^{F11}.
- El sistema sanitario contribuye **poco** a generar desigualdades, pero un **menor acceso y calidad** para los desfavorecidos empeora sus consecuencias ^{F11}.

5. Promoción de la salud: Carta de Ottawa y conferencias mundiales

- Ottawa, **21 de noviembre de 1986**: «Hacia un nuevo concepto de la salud pública» ^{F4}.
- Promoción = **proporcionar a los pueblos los medios** para mejorar su salud y **ejercer un mayor control**; proceso **político y social** para controlar los **determinantes** ^{F2,F4}.
- Prevención = reducir factores de riesgo, **detener el avance** y **atenuar consecuencias**; APS = definición de **Alma-Ata** ^{F2}.
- Ottawa: **3 estrategias** (abogar, facilitar, mediar) y **5 áreas** (política pública saludable, entornos, acción comunitaria, habilidades personales, reorientar servicios) ^{F2}.
- Comunidad: grupo con **territorio y/o valores comunes**, estructura social e **identidad de grupo** ^{F2}.
- OPS/OMS (1975): comunidad = grupo social con **límites geográficos y/o valores e intereses comunes**; sus miembros **se conocen e influyen mutuamente** ^{F33}.
- **Educación para la salud** (definición menos extensa) y **prevención** (emana del sector sanitario, factores de riesgo) se distinguen de la **promoción** ^{F2}.
- **Yakarta 1997**: personas en el centro; **Helsinki 2013**: **Salud en Todas las Políticas**; **Shanghái 2016**: **alcaldes y Ciudades Saludables**; **Ginebra 2021**: bienestar **sin destruir el planeta** ^{F2,F12,F13,F14}.
- **Prerrequisitos** de Ottawa: paz, educación, vivienda, alimentación, renta, ecosistema estable, justicia social y equidad ^{F4}.

6. Políticas de salud pública: Estrategia de Salud Pública 2022 y ODS

- ESP 2022: **primera hoja de ruta común**; marco de **coordinación de todos los agentes**; aprobada por el CISNS el 22-6-2022 ^{F17}.
- No define todas las acciones: **refuerza las que ya están en marcha** ^{F17}.
- Líneas: **fortalecer** la salud pública; **vigilancia** y emergencias; estilos de vida y **entornos saludables**; equidad **a lo largo de la vida** ^{F17}.
- **17 ODS** de la ONU; el 3 es **salud y bienestar** ^{F18}.

7. Indicadores de mortalidad y esperanza de vida

- **TMI** = defunciones de **menores de 1 año / 1.000 nacidos vivos**; España 2024: **3,04** ^{F19,F20}.
- Neonatal < 28 días; neonatal temprana < 7 días; perinatal = fetales tardías + < 7 días por 1.000 nacidos ^{F19}.
- Mortalidad materna: **92 %** en países de ingreso bajo y mediano bajo (2023); con la clasificación antigua, **99 %** en países en desarrollo ^{F21,F22}.
- Mortalidad prematura: defunciones < **75 años** / población < 75 × **100.000**, ajustada por edad, por CCAA y sexo ^{F23}.
- Causas externas 2025: primera las **caídas accidentales**; en **mujeres**, caídas; en hombres, **suicidio** ^{F25}.
- Esperanza de vida: **tablas de mortalidad**, cualquier edad; 2024: **81,38** hombres y **86,53** mujeres ^{F19,F20}.
- **EV libre de discapacidad**: años que se espera vivir **sin discapacidad** ^{F23}.
- **Poblaciones pequeñas** → **método indirecto** (RME = observadas/esperadas) ^{F26}.
- Ajuste de tasas: el **directo** usa una **población estándar** y es el más usado; el **indirecto** usa **tasas de referencia** ^{F26}.

8. Salud percibida e Indicadores clave del SNS

- ESdE 2023: **74 %** salud buena o muy buena; **hombres 78 %** frente a **mujeres 70 %**, en toda la serie ^{F27}.
- Hipertensión declarada en 2023: **20,5 % hombres** y **20,0 % mujeres**; en 2006, casi todos los problemas crónicos eran **más frecuentes en mujeres** ^{F29,F30}.
- La salud percibida baja con la **edad** y sigue un **gradiente social** ^{F27}.
- Indicadores **estructurales** = **oferta y distribución de recursos**; de accesibilidad = problemas de **acceso** ^{F28}.
- INCLASNS: **12 dominios** y 4 dimensiones desde 2019-2020; en 2025, **186** indicadores (70 esenciales) y desagregación **socioeconómica** ^{F24}.
- La salud percibida es un **indicador clave** del SNS (dominio de **bienestar**) ^{F24}.
- IESP de Madrid: **mortalidad, morbilidad y dependencia** = estado de salud; **demografía** y medio = **determinantes** (condicionantes) ^{F37}. Al analizar una comunidad, el **entorno físico** se estudia con el **territorio** y la **topografía**; el desempleo es un dato **socioeconómico** ^{F38}.

Puntos clave

- 1 La definición de salud y el derecho al «grado máximo de salud que se pueda lograr... sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social» están en el **preámbulo de la Constitución de la OMS** ^{F1}.
- 2 Ottawa (1986): la salud es un **recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida**; promoción de la salud = **proporcionar a los pueblos los medios** para mejorar su salud y **ejercer un mayor control** sobre ella ^{F2,F4}.
- 3 Salutogénesis: **Aaron Antonovsky**; el sentido de coherencia tiene tres componentes: **comprensibilidad, manejabilidad y significatividad** ^{F5}.
- 4 Modelo del **déficit**: solucionar problemas, medicalización y **dependencia** del sistema; modelo de **activos** (Morgan y Ziglio, 2007): fortalezas, talentos y habilidades ^{F6}.
- 5 **Lalonde (1974)**: cuatro elementos del campo de salud: **biología humana, medio ambiente, estilo de vida y organización de la atención sanitaria** ^{F7}.
- 6 **Dahlgren y Whitehead (1991)**: capas desde el centro: edad, sexo y factores constitucionales; estilos de vida; **redes sociales y comunitarias**; condiciones de vida y de trabajo; condiciones socioeconómicas, culturales y ambientales ^{F8,F9}.
- 7 **Equidad en salud**: que **ninguna persona se encuentre en desventaja** para alcanzar su máximo potencial de salud ^{F3,F10}.
- 8 **Desigualdades sociales en salud**: diferencias **injustas y evitables** entre grupos definidos social, económica, demográfica o geográficamente; en España, sinónimo de inequidades ^{F9,F11}.
- 9 Marco de la Comisión (2010, basado en Solar e Irwin y Navarro): **estructurales** (contexto socioeconómico y político + ejes de desigualdad) e **intermedios** (recursos materiales como la **vivienda**, factores psicosociales, conductuales, biológicos y sistema de salud) ^{F11}.
- 10 Ejes de desigualdad: **clase social, género, edad, etnia o raza y territorio** ^{F11}.
- 11 Ley de **atención inversa** (Tudor Hart, 1971): la buena atención varía **inversamente** a la necesidad ^{F10}.
- 12 **Helsinki 2013** = Salud en Todas las Políticas; **Shanghái 2016** = Consenso de alcaldes sobre Ciudades Saludables; **Ginebra 2021** = bienestar sin destruir la salud del planeta ^{F12,F13,F14}.

- 13 ESP 2022: primera hoja de ruta común; **reforzar las acciones que ya están en marcha**; LE 4 = equidad **a lo largo de la vida** ^{F17}.
- 14 **TMI** = defunciones de **menores de 1 año** por **1.000 nacidos vivos**; España 2024: 3,04 ^{F19,F20}.
- 15 Mortalidad prematura = defunciones en **menores de 75 años** / población menor de 75 × **100.000**, ajustada por edad, por CCAA y sexo ^{F23}.
- 16 Esperanza de vida: se calcula con **tablas de mortalidad**, a cualquier edad; España 2024: 81,38 hombres y 86,53 mujeres ^{F19,F20}.
- 17 Poblaciones pequeñas → ajuste de tasas por el **método indirecto** (RME) ^{F26}.
- 18 Las **mujeres** perciben peor su salud (70 % positiva frente a 78 % en hombres); los indicadores **estructurales** informan de la oferta y distribución de recursos ^{F27,F28}.

1. Concepto de salud: de la OMS a la salutogénesis

El preámbulo de la **Constitución de la OMS** enuncia los principios básicos de la organización. El primero es la definición clásica: **«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades»** ^{F1}. El segundo es un principio de derechos: **«El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social»** ^{F1}.



Dónde está cada frase

El **derecho al grado máximo de salud**, «sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social», está en el **preámbulo de la Constitución de la OMS**, justo después de la definición de salud ^{F1}.

EIR 2010 · 81

P34 · respuesta en el solucionario

Preámbulo de la Constitución de la OMS: derecho al grado máximo de salud

La afirmación sobre la salud “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”, corresponde a:

1. El Título Preliminar de la Organización de Naciones Unidas.
2. La Conclusión de la Declaración Universal de Derechos Humanos.
3. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
4. El Preámbulo de la Organización Mundial de la Salud.
5. La Finalidad de la Carta Social Europea.

Laín Entralgo (*Antropología médica para clínicos*) propone que, para poder decir de alguien que está sano, hay que tener en cuenta **varios criterios objetivos y uno subjetivo** ^{F31}:

Criterio (Laín Entralgo)	Será sano quien...
Morfológico	No tenga lesión anatómica, celular, subcelular o bioquímica ^{F31}
Etiológico	No tenga causas primeras, externas o internas, de enfermedad ^{F31}
Funcional	Tenga constantes vitales de valor reputado normal y actividades orgánicas dentro de la norma funcional de la especie: estar sano es estar normorreactivo ^{F31}
Utilitario o érgico	Sea capaz de cumplir sin fatiga excesiva y sin daño aparente lo que la sociedad a que pertenece espera de su vida ^{F31}
Comportamental o conductal	Tenga un comportamiento que se atenga a las pautas que se estiman normales en la sociedad a que pertenece ^{F31}

Criterio (Laín Entralgo)	Será sano quien...
Subjetivo	Tenga el sentimiento de estar sano ^{F31}

Utilitario frente a conductual

Si el criterio es **cumplir lo que la sociedad espera** de la vida de la persona, es el **utilitario** (o érgico); si es que su **comportamiento se atenga a las pautas normales** de su sociedad, es el **comportamental o conductual** ^{F31}. Resumen de Laín: según los criterios objetivos, sano es quien aparece «ilesos», limpio, normorreactivo, útil e integrado ^{F31}.

EIR 2011 · 66

P33 · respuesta en el solucionario

Laín Entralgo: criterio utilitario de salud

Al definir el concepto de salud teniendo en cuenta el cumplimiento satisfactorio o no de las actividades sociales se está haciendo, según Laín Entralgo, con un criterio:

1. Morfológico.
2. Etiológico.
3. Funcional.
4. Utilitario.
5. Conductual.

Smith (1981) concluyó que hay **cuatro concepciones generales** para definir la salud ^{F32}: la **clínica**, en la que la salud es la ausencia de enfermedad o de síntomas; la de **desempeño del rol**, en la que es la capacidad de cumplir los roles definidos socialmente; la **adaptativa**, en la que es un ajuste flexible a las circunstancias cambiantes; y la **eudemonística** (*eudaimonistic*), en la que la salud es un bienestar exuberante, **el pleno desarrollo del potencial del individuo** ^{F32}.

EIR 2010 · 69

P35 · respuesta en el solucionario

Modelo eudemonístico de salud

De los modelos desarrollados que tratan el concepto de salud, señalar el que considera la salud como una condición de hacer realidad o llevar a cabo el potencial de la persona:

1. Clínico.
2. De desempeño del rol.
3. De adaptación.
4. Eudemonístico.
5. Ecológico.

La **promoción de la salud** dio un giro a la definición de 1946: la salud deja de verse como un estado abstracto y pasa a ser **un medio para llegar a un fin**, un **recurso** que permite llevar una vida individual, social y económicamente productiva. El glosario de la OMS lo resume, citando la Carta de Ottawa (1986): **«la salud es**

un recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida»; es un **concepto positivo** que acentúa los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas ^{F2}. La versión española de la Carta lo dice así: la salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana ^{F4}. El glosario de la OMS añade que hoy la **dimensión espiritual** de la salud goza de un reconocimiento cada vez mayor ^{F2}.

La **salutogénesis** es la teoría de **Aaron Antonovsky**, un **médico-sociólogo** que la desarrolló a partir del análisis de las consecuencias del holocausto nazi en quienes lo sobrevivieron ^{F5}. Sus obras de referencia son *Health, Stress and Coping* (1979) y *Unraveling the Mystery of Health* (1987) ^{F5}. Frente al enfoque **patogénico** tradicional, que estudia el origen de la enfermedad y los factores de riesgo, la salutogénesis estudia el **origen de la salud** (*salus*, salud; *genesis*, origen) y de los resultados positivos de salud ^{F3}.

- **Continuo salud-enfermedad:** Antonovsky critica que salud y enfermedad se vean como excluyentes y propone un continuo con dos polos, el **bienestar** y el **malestar**; ninguna persona alcanza los extremos, y lo importante es en qué lugar del continuo se sitúa ^{F5}.
- Los **factores estresantes** no son intrínsecamente negativos: pueden tener consecuencias saludables según sus características y la capacidad de las personas para resolverlos ^{F5}.
- **Recursos Generales de Resistencia:** los que ayudan a las personas a moverse hacia la salud positiva ^{F5}.
- **Sentido de coherencia (SOC):** la clave de la teoría; una orientación, individual o colectiva, hacia la vida como algo comprensible, manejable y con sentido ^{F3,F5}.

Componente del SOC	Tipo de componente	Qué significa
Comprensibilidad	Cognitivo	Capacidad para comprender cómo está organizada la propia vida y cómo se sitúa uno frente al mundo ^{F5}
Manejabilidad	Instrumental o de comportamiento	Mostrarse capaz de manejar la propia vida ^{F5}
Significatividad	Motivacional	Sentir que la vida tiene sentido y está orientada hacia metas que se desean alcanzar ^{F5}

Los tres del SOC: «CoMaSi»

Comprensibilidad (entiendo), Manejabilidad (puedo), Significatividad (merece la pena). ^{F5}

EIR 2023 · 38

P9 · respuesta en el solucionario

Salutogénesis: Aaron Antonovsky

La teoría de la salutogénesis fue enunciada por:

1. Albert Bandura.

2. Aaron Antonovsky.

3. Viktor Emil Frankl.

4. Butler Flora.

Sentido de coherencia: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad

El Sentido de Coherencia (SOC) es un concepto central en el modelo salutogénico de Aaron Antonovsky. ¿Cuáles son sus tres componentes principales?:

1. Manejabilidad, significatividad y adaptabilidad.
2. Comprensibilidad, aceptabilidad y manejabilidad.
3. Comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.
4. Manejabilidad, flexibilidad y significatividad.

De la salutogénesis deriva el **modelo de activos para la salud**, formulado por **Morgan y Ziglio en 2007**. Un **activo para la salud** es «cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales e instituciones para mantener y sostener la salud y el bienestar, y que les ayuda a reducir las desigualdades en salud» ^{F6}.

Su contrapunto es el **modelo del déficit**. En el sector de la salud, las políticas y las prácticas todavía se centran de manera desproporcionada en los enfoques que proponen **solucionar problemas** (más cercanos a lo **patógeno o el déficit**), potenciando el **consumismo, la medicalización y la dependencia del sistema sanitario y de los servicios sociales** ^{F6}. La alternativa es el enfoque de activos, que aprovecha al máximo las **fortalezas, talentos y habilidades** de las personas y las comunidades. Los dos enfoques son **complementarios** ^{F6}.

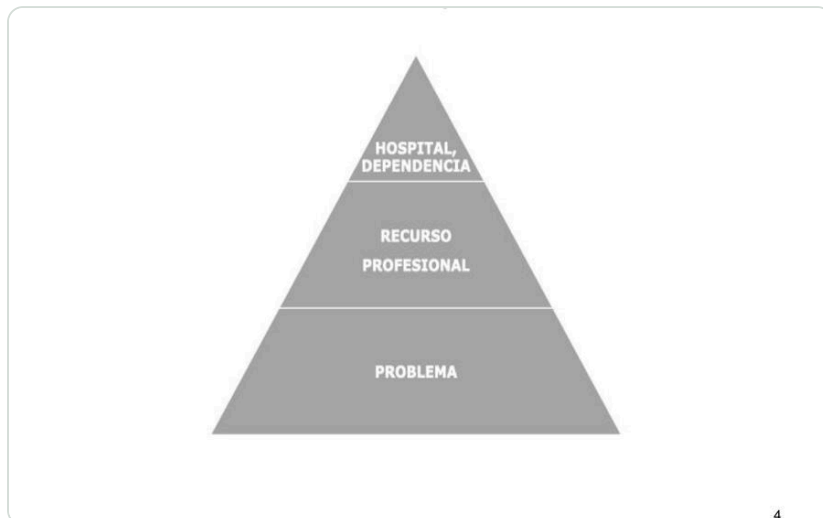
	Modelo del déficit	Modelo de activos
Punto de partida	El problema que hay que solucionar ^{F6}	Lo que mejora la salud y el bienestar ^{F6}
Enfoque	Cercano a lo patógeno ^{F6}	Salutogénico: salud positiva ^{F5,F6}
Qué potencia	Consumismo, medicalización y dependencia del sistema sanitario y de los servicios sociales ^{F6}	Fortalezas, talentos y habilidades de personas y comunidades; equidad ^{F6}
Formulación	—	Morgan y Ziglio, 2007 ^{F6}

Déficit frente a activos

Los enfoques que proponen **solucionar problemas**, más cercanos a lo patógeno o el déficit, potencian el consumismo, la **medicalización** y la **dependencia del sistema sanitario** y de los servicios sociales: es el **modelo del déficit** ^{F6}. El enfoque de activos, en cambio, aprovecha al máximo las **fortalezas, talentos y habilidades** de las personas y las comunidades ^{F6}.

Modelo del déficit en salud (imagen)

Pregunta asociada a la imagen 7. Atendiendo a la imagen, seleccione la respuesta correcta:



1. En las teorías y la práctica de este modelo, la capacidad, la habilidad y el talento de los individuos, las familias y las comunidades, buscan soluciones positivas que les fortalezcan su autoestima para resolver los retos del ambiente.
2. Se corresponde con el modelo del déficit.
3. Se sustenta en una metodología que enfatiza el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos.
4. Fue propuesto por Dubos, 1959.

2. Determinantes de la salud: Lalonde y Dahlgren-Whitehead

Los **determinantes de la salud** son el «conjunto de factores personales, sociales, económicos y ambientales que determinan el estado de salud de los individuos o poblaciones» ^{F2}. Son múltiples e interrelacionados: no solo los comportamientos y estilos de vida, sino también los ingresos y la posición social, la educación, el trabajo y las condiciones laborales, el acceso a servicios sanitarios adecuados y los entornos físicos ^{F2}.

El **Informe Lalonde** (*A New Perspective on the Health of Canadians*, Ottawa, **1974**), firmado por **Marc Lalonde**, ministro canadiense de Sanidad y Bienestar Nacional, desarrolló el **concepto de campo de salud** (*Health Field Concept*): el campo de la salud puede dividirse en **cuatro grandes elementos**, identificados a partir del examen de las causas de enfermedad y muerte en Canadá ^{F7}.

Elemento (Lalonde, 1974)	Qué incluye
Biología humana	Todo lo que se desarrolla dentro del cuerpo como consecuencia de la biología básica y la constitución orgánica: herencia genética , procesos de maduración y envejecimiento y los sistemas internos del organismo ^{F7}
Medio ambiente (entorno)	Todo lo relacionado con la salud que es externo al cuerpo y sobre lo que la persona tiene poco o ningún control : seguridad de alimentos, fármacos y agua; contaminación del aire, del agua y acústica; transmisión de enfermedades; residuos; y el entorno social ^{F7}
Estilo de vida	Conjunto de decisiones individuales que afectan a la salud y sobre las que la persona tiene más o menos control ; los malos hábitos crean riesgos autoimpuestos ^{F7}
Organización de la atención sanitaria	Cantidad, calidad, disposición, naturaleza y relaciones de personas y recursos en la prestación de asistencia: medicina, enfermería, hospitales, fármacos, servicios de salud pública y comunitaria, ambulancias... Es lo que se suele llamar sistema sanitario ^{F7}

La conclusión del informe es la que ha pasado a la historia: la mayor parte del esfuerzo y del gasto sanitario se dedicaba a la **organización de la atención sanitaria**, mientras que las principales causas de enfermedad y muerte tenían su raíz en los otros tres elementos: **biología humana, medio ambiente y estilo de vida** ^{F7}. Desde el Informe Lalonde se sabe que los estilos de vida y las condiciones ambientales influyen más en la promoción y mantenimiento de la salud que los servicios sanitarios, aunque los recursos se destinen mayoritariamente a la asistencia ^{F9}. El Ministerio de Sanidad, en su guía de equidad, recoge que la contribución a la salud del ambiente social y económico es aproximadamente del **50 %** y la del sistema sanitario alrededor del **25 %** ^{F9}.

Lalonde: «BEMO»
Biología humana, Estilo de vida, Medio ambiente, Organización de la atención sanitaria. ^{F7}

Informe Lalonde: los cuatro determinantes de salud

El modelo de los determinantes de salud expresado en el Informe Lalonde está basado en la categorización del campo de la salud en los elementos siguientes:

1. Comportamientos y estilos de vida, la biología humana, el entorno de la persona y la organización para la atención de la salud.
2. La atención de la salud primaria y especializada.
3. La prevención en los niveles primario, secundario y terciario.
4. Los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad y las relaciones entre ellos.
5. La genética, la herencia, los estilos de vida y la capacidad de respuesta de la persona.

Informe Lalonde: los cuatro determinantes de salud

El modelo de los determinantes de la salud integra una serie de dimensiones clave que son:

1. Biología humana, medio ambiente, hábitos de salud y estilos de vida y la organización de los servicios de salud.
2. Determinantes políticos, el entorno social, ambiental y laboral, la integración social, junto con los estilos de vida.
3. Determinantes estructurales de las desigualdades de la salud, donde se encuentra el contexto socioeconómico y político, y los determinantes intermedios de la salud.
4. Dimensiones individuales y sociales realizadas con el estilo de vida, las influencias comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo, y las condiciones sociales que los rodean.

Qué va en cada elemento de Lalonde

La **herencia genética** y los procesos de **maduración y envejecimiento** son **biología humana**; la seguridad de alimentos, fármacos y agua, la contaminación del aire, del agua y acústica y el **entorno social** son **medio ambiente**; los profesionales y servicios de la asistencia (medicina, enfermería, hospitales, servicios de salud pública...) son **organización de la atención sanitaria** ^{F7}. Las **decisiones y hábitos personales** que afectan a la salud forman el **estilo de vida** ^{F7}.

Análisis de determinantes del entorno social y comunitario del paciente

Cuando analiza en uno de sus pacientes la organización social de la comunidad donde vive, el clima, el abastecimiento de aguas y calidad del aire, las posibilidades de empleo y la tasa de paro, el número de profesionales de la salud a los que puede acudir, los factores genéticos, la mortalidad, el sexo y la edad; usted está valorando todos los determinantes de la salud EXCEPTO:

1. Estilo de vida.
2. Biología.
3. Entorno.
4. Sistema Sanitario.

El modelo de **Dahlgren y Whitehead (1991)**, que la guía del Ministerio describe como «capas de cebolla», representa los principales determinantes de la salud como **capas superpuestas** ^{F8}. En el centro están la edad, el sexo y los factores constitucionales (genéticos), factores fijos sobre los que se tiene poco control. Alrededor, los estilos de vida individuales; después, el apoyo mutuo de familia, amigos, vecinos y comunidad; luego las condiciones materiales y sociales de vida y de trabajo; y, envolviéndolo todo, el gran entorno estructural ^{F8,F9}.

Capa (del centro hacia fuera)	Contenido (Dahlgren y Whitehead, 1991)
1. Centro	Edad, sexo y factores constitucionales: factores que no pueden modificarse ^{F8,F9}
2. Estilos de vida individuales	Acciones de cada persona: qué come, si fuma, si bebe ^{F8,F9}
3. Redes sociales y comunitarias	Apoyo mutuo de familia, amigos, vecinos y comunidad local; la guía del Ministerio la llama «contexto social y comunitario» ^{F8,F9}
4. Condiciones de vida y de trabajo	Agricultura y alimentación, educación, entorno laboral, desempleo, agua y saneamiento , servicios de atención sanitaria y vivienda ^{F8}
5. Condiciones generales socioeconómicas, culturales y ambientales	El entorno macropolítico de la sociedad en que vivimos ^{F8,F9}

Los dos modelos y sus fechas

Lalonde (1974) tiene **cuatro elementos**; el modelo de **capas** es de **Dahlgren y Whitehead (1991)** ^{F7,F8}. En su centro están la **edad**, el **sexo** y los **factores constitucionales** ^{F8,F9}. El «agua y saneamiento» forma parte de la capa de condiciones de vida y de trabajo; entre los estilos de vida y las condiciones de vida y de trabajo está la capa de **redes sociales y comunitarias** ^{F8}.

Modelo de determinantes por capas (Dahlgren-Whitehead): capa de redes sociales

Pregunta asociada a la imagen 6. Atendiendo a la imagen, seleccione la respuesta correcta:



1. Se corresponde con el marco de determinantes de la salud de Lalonde (1991).
2. La capa indicada con el número 3, se corresponde con las redes sociales y comunitarias.
3. No contempla el sexo como factor determinante debido a la invisibilidad del momento.
4. No se contemplan los factores constitucionales.

Un **factor de riesgo** se define como «**condiciones sociales, económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados con o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones**» ^{F2}. La **conducta de riesgo** es una forma específica de conducta cuya relación con una susceptibilidad incrementada para una enfermedad o un estado de salud deficiente es conocida ^{F2}.

Factor de riesgo: definición OMS

La concepción expresada por la OMS como: “aquellas condiciones sociales económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones”, se refiere a:

1. Factor de susceptibilidad.
2. Factor de probabilidad.
3. Factor causal o específico.
4. Factor etiológico necesario.
5. Factor de riesgo.

Enfermedades crónicas. La OMS las identifica con las **enfermedades no transmisibles (ENT)**, «también conocidas como enfermedades crónicas»: suelen ser de **larga duración** y son el resultado de una **combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y de comportamiento** ^{F35}. Su peso es enorme: en 2021 mataron al menos a **43 millones de personas**, el **75 %** de las muertes del mundo no debidas a una pandemia

F35. La definición de cronicidad de Curtin y Lubkin (1998) la caracteriza por la **permanencia** y la **incapacidad residual**, causada por una **alteración patológica irreversible**, que a su vez requiere **rehabilitación** y un largo periodo de supervisión, observación y cuidado **F36**.

EIR 2012 · 76

P29 · respuesta en el solucionario

Enfermedades crónicas: características comunes

NO es una característica común de las enfermedades crónicas:

1. El que produzcan en la persona que la padece incapacidad residual.
2. El que signifique un padecimiento incurable.
3. La necesidad para quienes la padecen de rehabilitación.
4. El carácter plurifactorial, incluidos los agentes microbianos.
5. La importancia social, por su repercusión a nivel individual y colectivo.

El **estilo de vida** es «una forma de vida que se basa en **patrones de comportamiento identificables**, determinados por la interacción entre las características personales individuales, las interacciones sociales y las condiciones de vida socioeconómicas y ambientales» **F2**. Esos patrones no son fijos, sino que están sujetos a cambio; y no existe un estilo de vida «óptimo» para todos: la cultura, los ingresos, la estructura familiar, la edad, la capacidad física y el entorno hacen más factibles unas formas de vida que otras **F2**.

Es un concepto distinto de la **conducta orientada hacia la salud**, definida como «cualquier actividad de una persona, con independencia de su estado de salud real o percibido, encaminada a promover, proteger o mantener la salud», sea o no eficaz **F2**. Las conductas orientadas hacia la salud y las conductas de riesgo a menudo se agrupan en patrones más complejos que son los **estilos de vida** **F2**.

Estilo de vida no es una actividad aislada

Una actividad de una persona encaminada a promover, proteger o mantener la salud es una **conducta orientada hacia la salud**, no un estilo de vida **F2**. El estilo de vida es un **patrón** de comportamiento, condicionado por las condiciones sociales y económicas, no solo por la voluntad individual **F2**.

EIR 2016 · 50

P26 · respuesta en el solucionario

Estilos de vida saludables: concepto

¿Cuál es la respuesta FALSA en relación a los estilos de vida saludables?:

1. Los estilos de vida son patrones colectivos de conducta.
2. Están basados en elecciones realizadas sobre opciones disponibles.
3. Es una actividad emprendida por un individuo con objeto de mantener la salud.
4. Están determinados por su estatus, edad, género y etnia entre otros factores.

Un ejemplo de estilo de vida con grandes diferencias por edad y sexo es la **actividad física**. El **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, reúne datos de estudios españoles **F34**. 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** ^{F34}. 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** ^{F34}. 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** ^{F34}.

EIR 2018 · 234

P46 · respuesta en el solucionario

Actividad física en infancia y adolescencia: diferencias por sexo

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.

Las **redes sociales** son las relaciones y vínculos sociales entre las personas que pueden facilitar el acceso o la movilización del soporte social a favor de la salud ^{F2}. Su contrario, el **aislamiento social y la soledad**, es ya un problema de salud pública: la **Comisión de la OMS sobre Conexión Social** (informe de **30 de junio de 2025**) calcula que **1 de cada 6 personas** en el mundo sufre soledad y que esta se asocia a **más de 871 000 muertes al año** (unas 100 cada hora) ^{F15}. El aislamiento social aumenta el riesgo de **ictus, cardiopatía, diabetes, deterioro cognitivo y muerte prematura**; las personas que se sienten solas tienen el **doblo de probabilidad de deprimirse** y más riesgo de ansiedad e ideas de autolesión o suicidio; además, la soledad cuesta miles de millones en pérdida de productividad y asistencia sanitaria ^{F15}.

Aislamiento social y soledad: impacto en salud (Comisión OMS 2025)

De acuerdo con la evidencia presentada en el informe de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre Conexión Social (2025), el aislamiento social y la soledad se asocian con:

1. Un coste económico insignificante para los sistemas de salud y empleadores, pero un riesgo moderado de depresión únicamente en las poblaciones de ingresos altos.
2. Una reducción del riesgo de mortalidad, actuando como factor protector contra enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular y la diabetes tipo 2.
3. Impactos graves y negativos en la salud física (incluyendo el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2), la salud mental (como depresión y ansiedad) y un aumento significativo en la mortalidad general.
4. Un vínculo causal comprobado con 20 de las 26 enfermedades crónicas examinadas (como la diabetes tipo 2 y la enfermedad hepática crónica), según los estudios de aleatorización mendeliana.

3. Equidad y desigualdades sociales en salud

Equidad significa imparcialidad: «la equidad en salud significa que las necesidades de las personas guían la distribución de las oportunidades para el bienestar» ^{F2}. La estrategia de **Salud para Todos** de la OMS se dirige fundamentalmente a lograr una mayor equidad en salud entre y dentro de las poblaciones y los países ^{F2}.

Equidad en salud no es lo mismo que igualdad en el estado de salud: según el glosario, las desigualdades en el estado de salud son consecuencias inevitables de las diferencias genéticas, de diferentes condiciones sociales y económicas o de elecciones de un estilo de vida personal; la falta de equidad aparece cuando las diferencias nacen de **oportunidades desiguales** (acceso a los servicios de salud, a una alimentación correcta o a una vivienda adecuada) ^{F2}.

El glosario de la OMS de 2021 define la **equidad en salud** como **la ausencia de diferencias injustas, evitables o remediables** en el estado de salud entre grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente. Implica que **todas las personas deberían tener una oportunidad justa de alcanzar su máximo potencial de salud y que ninguna debería encontrarse en desventaja para lograrlo** ^{F3}. Whitehead y Dahlgren lo formulan igual: nadie debería estar en desventaja para alcanzar su potencial de salud por su posición social u otra circunstancia determinada socialmente ^{F10}. Para el Ministerio de Sanidad, la equidad en salud significa que **todas las personas pueden desarrollar su máximo potencial de salud** independientemente de su posición social, e implica que **los recursos se asignen según las necesidades** ^{F9}.



Equidad, en una frase

Equidad en salud = que **ninguna persona se encuentre en desventaja** para alcanzar su **máximo potencial de salud** por su posición social u otra circunstancia determinada socialmente ^{F3,F10}. La estrategia de Salud para Todos de la OMS se dirige fundamentalmente a lograr una mayor equidad en salud ^{F2}, y la equidad implica asignar los recursos **según las necesidades** ^{F9}.

EIR 2006 · 67

P43 · respuesta en el solucionario

Equidad en salud: definición

Una de las metas de la OMS es reducir las desigualdades sociales en salud. El término que hace referencia a esta meta es:

1. Igualdad.
2. Desigualdades aceptables.
3. Eficiencia.
4. Accesibilidad.
5. Equidad.

Equidad en salud: definición

El término equidad en salud significa:

1. Que es necesario invertir en tecnología sanitaria en las diferentes comunidades autónomas según se nos dice en la Estrategia del Ministerio de Sanidad para abordar las desigualdades sociales.
2. Que ninguna persona debería encontrarse en desventaja para desarrollar su potencial.
3. Que deben existir el mismo número de centros sanitarios por Comunidad Autónoma.
4. Que todas las personas tengan atención sanitaria.

Las **desigualdades sociales en salud** son «**aquellas diferencias en salud injustas y evitables entre grupos poblacionales definidos social, económica, demográfica o geográficamente**» ^{F11}. Se dan **de forma sistemática** entre grupos socioeconómicos y son el resultado de la desigual distribución de los determinantes sociales de la salud a lo largo de la escala social ^{F9}. Tres rasgos convierten una simple diferencia de salud en una inequidad social: es **sistemática**, está **producida socialmente** (y por tanto es modificable) y es **injusta** ^{F10}.

En España y en la Unión Europea se usa el término «**desigualdades**», mientras que en América Latina y en organismos como la OMS se usa «**inequidades**»; el concepto es el mismo: **diferencias injustas, sistemáticas y evitables**, no meras diferencias en salud ^{F9}. Los **determinantes sociales de la salud**, en cambio, no son las diferencias, sino sus causas: las condiciones sociales, culturales, políticas, económicas y ambientales en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, y su acceso al poder, a las decisiones, al dinero y a los recursos ^{F3}.

Término	Qué es
Equidad en salud	El objetivo : ausencia de diferencias injustas y evitables; nadie en desventaja para alcanzar su potencial ^{F3}
Desigualdades sociales en salud (= inequidades)	El problema : diferencias en salud sistemáticas, injustas y evitables entre grupos sociales ^{F9,F11}
Determinantes sociales de la salud	Las causas : condiciones en que se nace, crece, vive, trabaja y envejece, y acceso al poder y a los recursos ^{F3}
Igualdad en el estado de salud	Que todos tengan la misma salud; no es lo mismo que equidad ^{F2}

Desigualdades sociales en salud: definición

Indique con qué término se conocen las diferencias sistemáticas en una o más dimensiones de la salud entre grupos o subgrupos de población, que son consideradas socialmente injustas y potencialmente evitables:

1. Diferencias relativas de salud.
2. Ley inversa de la asistencia de Hart.
3. Desigualdades sociales en salud.
4. Determinantes sociales de la salud.

Equidad en salud: definición

Aquellas desigualdades evitables, consideradas injustas en el acceso a los servicios de salud entre regiones o entre subgrupos de población en un mismo país, se corresponde con el término de:

1. Desigualdad social en salud.
2. Equidad en salud.
3. Determinantes sociales.
4. Inequidad en salud.
5. Pobreza.

EIR2014-122: el término para las «desigualdades evitables e injustas»

En **EIR2014-122** la respuesta (reconstruida por un tercero) es **«equidad en salud»**: el enunciado describe las desigualdades evitables e injustas y la clave entiende que se pregunta por el concepto de equidad, que es precisamente la ausencia de esas diferencias ^{F3}. Con la terminología actual, la diferencia injusta y evitable en sí misma se llama **inequidad** o, en España, **desigualdad social en salud** ^{F9,F11}. La respuesta (reconstruida por un tercero) no se corrige.

Las desigualdades existen **tanto entre países como dentro de cada país o región**, y siguen un **gradiente social**: cuanto más baja es la situación socioeconómica, peor es la salud, y hay diferencias entre todos los escalones de la escala social, no solo entre los extremos ^{F9}. Según el informe de la Comisión (2010), la esperanza de vida al nacer superaba entonces los 80 años en muchos países de renta alta y no alcanzaba los 50 en los más pobres; dentro de cada país o ciudad, la mortalidad y la discapacidad son mayores en las zonas de menor nivel socioeconómico ^{F11}. En España, la posición socioeconómica, el género, el territorio y la inmigración son ejes de desigualdad con enorme impacto en la salud ^{F11}. Además de las desigualdades entre individuos, existen **variaciones geográficas** en la salud, relacionadas con los recursos sociales, económicos y sanitarios de que dispone cada región: entre las comunidades autónomas más ricas (como Navarra o Madrid) y una de las más pobres (Andalucía) había en **2007** una diferencia de **3 años** de esperanza de vida, y las diferencias pueden ser aún mayores entre **barrios de una misma ciudad** ^{F11}. Las desigualdades sociales entre hombres y mujeres y

entre clases más y menos favorecidas se traducen en enormes desigualdades en la mortalidad y en el estado de salud, y las de algunas enfermedades o factores de riesgo, como la obesidad, **están aumentando** ^{F11}.

EIR 2007 · 71

P39 · respuesta en el solucionario

Desigualdades en la atención a la salud entre países, clases y zonas

Las desigualdades en la atención a la salud son:

1. Un problema del pasado subsanado por el Sistema Nacional de Salud.
2. Exclusivas de los países subdesarrollados o de los que se encuentran en vías de desarrollo.
3. Notorias entre los países, clases sociales y las zonas geográficas dentro de cada país.
4. Actualmente están resueltas por el principio de equidad.
5. Forman parte de los temas prioritarios a resolver por la globalización.

La **ley de atención inversa** (*Inverse Care Law*, **Tudor Hart, 1971**) dice que **«la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente con la necesidad de la población atendida»**; Tudor Hart la formuló al comparar los valles mineros de Gales, donde los servicios eran peores en los pueblos más pobres y enfermos ^{F10}. La Comisión española la resume como **«ley de atención inversa»**: reciben más y mejor quienes menos lo necesitan ^{F11}.

Atención inversa

La buena atención varía **inversamente** con la necesidad: reciben **más y mejor** quienes **menos** lo necesitan. Es la «atención inversa» de Tudor Hart ^{F10,F11}.

EIR 2021 · 163

P13 · respuesta en el solucionario

Ley de cuidados inversos (atención inversa)

La afirmación: Las personas con más medios cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen, se denomina:

1. Atención inversa.
2. Atención empobrecedora.
3. Atención fragmentada y en proceso de fragmentación.
4. Orientación inadecuada de la atención.

4. Marco de los determinantes de las desigualdades (Comisión 2010)

La **Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España**, creada por el Ministerio de Sanidad, presentó en **mayo de 2010** el documento *Avanzando hacia la equidad* ^{F11}. Su marco conceptual es una adaptación de los modelos de **Orielle Solar y Alec Irwin** (para la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS) y de **Vicenç Navarro**, y tiene **dos elementos principales**: los **factores estructurales** y los **factores intermedios** de las desigualdades en salud ^{F11}.

El punto de partida del documento: numerosos estudios muestran que las desigualdades en salud son enormes y responsables de un **exceso de mortalidad y de morbilidad superior a la mayoría de factores de riesgo de enfermar conocidos**; donde se han estudiado, casi siempre **aumentan**, porque la salud mejora más rápido en las clases aventajadas; y la evidencia señala que **pueden reducirse** si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas ^{F11}.

Nivel	Componentes (Comisión 2010)
Determinantes estructurales: contexto socioeconómico y político	Gobierno en sentido amplio (tradición política, transparencia, corrupción, poder de los sindicatos) y actores económicos y sociales (grandes corporaciones), que determinan las políticas macroeconómicas , el mercado de trabajo y las políticas del Estado del Bienestar (educación, atención sanitaria, protección social); además, los valores sociales y culturales ^{F11}
Determinantes estructurales: estructura social (ejes de desigualdad)	Clase social, género, edad, etnia o raza y territorio : ejes que determinan jerarquías de poder en la sociedad ^{F11}
Determinantes intermedios: recursos materiales	a) condiciones de empleo y de trabajo; b) carga de trabajo no remunerado (tareas domésticas y de cuidado); c) nivel de ingresos y situación económica y patrimonial; d) calidad de la vivienda y sus equipamientos; e) barrio o área de residencia ^{F11}
Determinantes intermedios: factores psicosociales, conductuales y biológicos	Falta de control, de apoyo social, estrés; conductas con influencia en la salud y procesos biológicos que de todo ello derivan ^{F11}
Determinante intermedio: sistema de salud	Contribuye poco a generar desigualdades, pero un menor acceso y una menor calidad para los grupos desfavorecidos empeoran las consecuencias de los problemas de salud ^{F11}

La lógica del marco: **la estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud** ^{F11}. Los ejes de desigualdad determinan las oportunidades de tener buena salud según el poder, el prestigio y el acceso a los recursos, siendo más beneficiadas las clases

privilegiadas, los hombres, las personas de edad joven y adulta, las de raza blanca y las originarias de áreas ricas; y están **relacionados con el concepto de discriminación** (clasismo, sexismo o racismo) ^{F11}. El marco de la OMS en que se basa organiza lo mismo en contexto socioeconómico y político, posición socioeconómica y factores intermediarios ^{F9}.

Los cinco ejes: «CGEET»

Clase social, Género, Edad, Etnia o raza, Territorio ^{F11}. Las políticas macroeconómicas, el mercado de trabajo y los valores sociales y culturales forman parte del **contexto socioeconómico y político**, no de los ejes ^{F11}.

EIR 2017 · 1

P24 · respuesta en el solucionario

Ejes de desigualdad en salud: clase social, género, edad, etnia y territorio

Respecto a las Desigualdades en Salud es cierto que:

1. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son responsables de un exceso de morbilidad similar a la mayoría de los factores de riesgo de enfermar conocidos.
2. Los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio.
3. No están relacionadas con el concepto de discriminación.
4. No hay evidencia científica suficiente para recomendar que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.

EIR 2018 · 179

P17 · respuesta en el solucionario

Ejes de desigualdad en salud: clase social, género, edad, etnia y territorio

El Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, propuesto por la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, elaborado en 2010, se plantea la existencia de Ejes de desigualdad social en salud. Estos Ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad serían (señale la respuesta correcta):

1. La clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio.
2. Cultura y valores, políticas macroeconómicas y mercado de trabajo.
3. Factores conductuales, factores biológicos y factores psicosociales.
4. Ingresos, vivienda, entorno residencial y trabajo doméstico.

Estructurales frente a intermedios

El **contexto socioeconómico y político** es un determinante **estructural** ^{F11}. Los **intermedios** son los recursos materiales (condiciones de empleo y trabajo, trabajo no remunerado —tareas domésticas y de cuidado—, ingresos, **vivienda**, barrio), los factores psicosociales, conductuales y biológicos, y el sistema de salud ^{F11}. La **vivienda** (su calidad y equipamientos) es un **recurso material**, uno de los determinantes intermedios ^{F11}.

EIR2017-002: ¿qué papel tiene el sistema sanitario?

La respuesta oficial de **EIR2017-002** (la afirmación falsa) es que los determinantes intermedios se componen del contexto socioeconómico y político. La clave da por **verdadera** la opción según la cual el sistema sanitario «juega un papel importante» en la generación de las desigualdades, porque las personas con menor nivel socioeconómico encuentran más barreras de acceso incluso con cobertura universal. El documento de la Comisión lo matiza: los servicios sanitarios, en sí mismos, **contribuyen muy poco** a generar las desigualdades, pero **un menor acceso y una menor calidad** para los grupos menos favorecidos empeoran las consecuencias de sus problemas de salud ^{F11}. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2017 · 2

P23 · respuesta en el solucionario

Marco de determinantes de desigualdades (Solar e Irwin): estructurales vs intermedios

En relación al marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (2010), basado en Solar e Irwin y Navarro, es FALSO que:

1. Las desigualdades sociales en salud son el resultado de la actuación de los llamados determinantes estructurales de las desigualdades y de los determinantes intermedios.
2. La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez determinan las desigualdades en salud.
3. Los determinantes intermedios se componen del contexto socioeconómico y político.
4. El sistema sanitario también juega un papel importante en la generación de las desigualdades de salud, ya que, incluso en aquellos lugares en los que la cobertura es universal y gratuita, las personas con menor nivel socioeconómico encuentran mayores barreras para el acceso.

EIR 2019 · 202

P16 · respuesta en el solucionario

Vivienda como determinante social: recurso material

La vivienda como determinante social de la salud es:

1. Un recurso material.
2. Un eje de la desigualdad.
3. Un factor conductual.
4. Un determinante estructural.

Los problemas de salud **no se distribuyen al azar**: siguen un **patrón social** sistemático, con mortalidad y morbilidad que aumentan al descender la posición social; este patrón social de la enfermedad es universal ^{F10}. Incluso las diferencias sistemáticas en los estilos de vida entre grupos socioeconómicos están, en gran medida, conformadas por **factores estructurales** ^{F10}; y la estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez, determinan las desigualdades en salud ^{F11}. El **empoderamiento para la salud** es el proceso mediante el cual las personas adquieren **mayor control** sobre las decisiones y acciones que afectan a su salud ^{F2}.

Determinantes sociales: patrón social de las causas individuales

Indica cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a los Determinantes Sociales de la Salud:

1. La distribución de los problemas de salud en cualquier población suele ser aleatoria.
2. El hecho de que la enfermedad y sus causas biológicas y conductuales siga determinados patrones sociales nos muestra que los determinantes individuales están influenciados por determinantes sociales más estructurales.
3. Se entiende por determinantes sociales en salud las diferencias en salud injustas y evitables entre grupos de poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente.
4. El empoderamiento consiste en medidas de redistribución del poder favoreciendo a los que más tienen.

Tres ideas del marco ^{F11}:

- **Al disminuir la clase social, empeora la salud**, tanto en mala salud percibida como en exceso de mortalidad o morbilidad; por eso las desigualdades **no solo afectan a un pequeño segmento** de población más pobre, sino a **toda la población** ^{F11}.
- **Las desigualdades se reproducen a lo largo del ciclo vital**: la clase social de la familia donde se nace, el nivel de estudios adquirido, las ocupaciones y clases sociales en la vida adulta y el nivel de ingresos y patrimonio generan recursos y oportunidades desiguales a lo largo de la vida ^{F11}.
- Las diferencias de salud entre hombres y mujeres **no son solo biológicas**: son también **desigualdades de género** debidas a la distinta socialización, al acceso desigual al poder y a los recursos y a la división sexual del trabajo; perjudican también a los hombres (conductas de riesgo asociadas a la masculinidad tradicional) ^{F11}.

Desigualdades a lo largo del ciclo vital (marco Solar e Irwin)

Según el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, basado en Solar e Irwin y Navarro, podemos afirmar que:

1. Al disminuir la clase social mejora la salud, tanto expresada en salud percibida como en un exceso de mortalidad o morbilidad.
2. Las desigualdades solo afectan a un pequeño segmento de la población más pobre.
3. Las desigualdades se van reproduciendo a lo largo del ciclo vital, la clase social de la familia donde se nace, el nivel de estudios adquirido o la ocupación, generando recursos y oportunidades desiguales a lo largo de la vida.
4. Las diferencias en salud entre hombres y mujeres responden esencialmente a diferencias biológicas.

5. Promoción de la salud: Carta de Ottawa y conferencias mundiales

La **Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud** se reunió en **Ottawa** y emitió la Carta el **21 de noviembre de 1986**, dirigida a la consecución del objetivo «Salud para Todos en el año 2000» ^{F4}. La versión española de la Carta lleva como subtítulo **«Hacia un nuevo concepto de la salud pública»**: la conferencia fue, ante todo, una respuesta a la creciente demanda de una **nueva concepción de la salud pública** en el mundo ^{F4}. «Salud para Todos en el año 2000» es el **objetivo** a cuya consecución se dirigía la Carta ^{F4}. Partió de los progresos de la **Declaración de Alma-Ata** sobre la atención primaria (1978) ^{F4}.

Definición de Ottawa: **«La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma»** ^{F4}. El glosario de la OMS la amplía: la promoción de la salud es un **proceso político y social global** que abarca las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos y también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas; es **el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud** y, en consecuencia, mejorarla ^{F2}. La **participación** es esencial para sostenerla ^{F2}.

La **prevención de la enfermedad**, en cambio, abarca **«las medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida»** ^{F2}. Es la acción que normalmente emana del **sector sanitario** y considera a individuos y poblaciones como expuestos a factores de riesgo identificables ^{F2}. Y la **atención primaria de salud**, según Alma-Ata, es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables ^{F2}.

Definición (texto de la fuente)	Concepto
«Proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma»	Promoción de la salud (Ottawa) ^{F4}
«Proceso político y social global... incrementar su control sobre los determinantes de la salud»	Promoción de la salud (glosario OMS) ^{F2}
«Medidas... no solamente a prevenir la aparición... sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias»	Prevención de la enfermedad ^{F2}
«Asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables»	Atención primaria de salud (Alma-Ata, 1978) ^{F2}

Promoción de la salud: definición (Ottawa)

Se entiende por promoción de salud:

1. Una estrategia que tiene varios elementos comprendiendo en forma integrada varios programas dirigidos a poblaciones para la salud general.
2. Conjunto de instrumentos y decisiones de una determinada sociedad que asigna funciones sociales y a su vez recursos para alcanzar una meta de salud de una población.
3. Proceso político y social global dirigido a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de salud.
4. Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la salud: definición (Ottawa)

De las siguientes definiciones, ¿cuál se refiere a la de promoción de la salud?:

1. Conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo de enfermedades.
2. Intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominio en las poblaciones.
3. Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.
4. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar.

Contenido esencial de la Carta de Ottawa ^{F2,F4}:

- **Salud como recurso:** la salud se percibe no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana; es un **recurso para la vida diaria, no el objetivo de la vida** ^{F2,F4}.
- **Prerrequisitos para la salud:** la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad ^{F4}; el glosario de la OMS añade el **uso sostenible de los recursos** ^{F2}.
- **Tres estrategias básicas:** **abogar** por la salud, **facilitar** (capacitar) que todas las personas desarrollen su completo potencial de salud y **mediar** a favor de la salud entre los distintos intereses ^{F2}.
- **Cinco áreas de acción prioritarias:** establecer una **política pública saludable**, crear **entornos que apoyen la salud**, fortalecer la **acción comunitaria**, desarrollar las **habilidades personales** y **reorientar los servicios sanitarios** ^{F2,F4}.

La Carta de Ottawa en tres datos

La definición de la salud de la OMS está en su **Constitución** ^{F1}. La Carta tiene **tres estrategias** y **cinco áreas de acción** ^{F2}. Y la **atención primaria de salud** es el concepto de **Alma-Ata (1978)**, cuyos progresos la Carta tomó como punto de partida ^{F2,F4}.

EIR 2017 · 184

P50 · respuesta en el solucionario

Carta de Ottawa: la salud como recurso para la vida cotidiana

De las siguientes afirmaciones sobre la Carta presentada en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, señale la respuesta correcta:

1. Se define por primera vez el concepto de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. La Carta de Ottawa identifica diez acciones de promoción de salud.
3. La salud se contempla como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida.
4. Entre sus objetivos plantea promover el concepto de la atención primaria de salud en todos los países.

EIR 2006 · 68

P55 · respuesta en el solucionario

Carta de Ottawa: «Hacia una nueva salud pública»

La Conferencia de Otawa, celebrada en el año 1986, es conocida también como:

1. Conferencia de Alma Ata.
2. Conferencia de los 35 objetivos de salud.
3. Hacia una nueva salud pública.
4. Salud para todos en el año 2000.
5. Conferencia de Adelaida.

La **acción comunitaria para la salud** son **los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los determinantes de la salud** y, en consecuencia, mejorarla; una comunidad empoderada aplica sus habilidades y recursos en esfuerzos colectivos y adquiere mayor influencia sobre los determinantes de su salud ^{F2}. El **capital social** representa el grado de cohesión social de las comunidades ^{F2}.

La **educación para la salud** comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente para mejorar la alfabetización sanitaria, incluido el **desarrollo de habilidades personales**; incluye información sobre las condiciones sociales, económicas y ambientales que influyen en la salud y también sobre los **factores y comportamientos de riesgo** ^{F2}. El glosario de la OMS propone de ella una definición **menos extensa** que la de antes, para **distinguirla de la promoción de la salud**: la movilización social y la abogacía, que antes abarcaba, están ahora incluidas en la promoción ^{F2}. La **prevención de la enfermedad** se define también como una actividad distinta de la promoción, aunque a menudo se superpongan su contenido y sus estrategias: es la acción que normalmente **emana del sector sanitario** y considera a individuos y poblaciones como **expuestos a factores de riesgo identificables** ^{F2}. La promoción, en cambio, abarca tanto las acciones dirigidas a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos como las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas ^{F2}.

EIR2017-034: ¿y el taller que entrena habilidades?

La respuesta oficial de **EIR2017-034** es la **3**: los **foros de integración y mesas de convivencia** en zonas en riesgo de exclusión. El glosario de la OMS define la **acción comunitaria para la salud** como los esfuerzos colectivos de las comunidades para incrementar su control sobre los **determinantes de la salud**, y la **prevención de la enfermedad** como la acción que normalmente emana del **sector sanitario** y considera a individuos y poblaciones expuestos a **factores de riesgo** identificables ^{F2}; en esta última encajan las opciones 1 y 2 (preservativos, ampliar el cribado). La opción 4, un taller sobre accidentes que facilite el **entrenamiento de habilidades**, no queda descartada por las fuentes: **desarrollar las habilidades personales** es una de las cinco áreas de acción de la Carta de Ottawa, y el glosario de la OMS incluye en la promoción las acciones que fortalecen las habilidades y capacidades de los individuos ^{F2}. La respuesta oficial no se corrige.

EIR 2017 · 34

P52 · respuesta en el solucionario

Estrategia de promoción de salud: ejemplo comunitario

Sería una estrategia de promoción de salud:

1. Instalación de máquinas expendedoras de preservativos en la red de Metro e intercambiadores de transporte.
2. Equipamiento y entrenamiento de profesionales para la ampliación de las enfermedades congénitas a incluir en las pruebas de cribado.
3. Creación de Foros de integración y mesas de convivencia en zonas en riesgo de exclusión.
4. Taller sobre accidentes en población mayor, para su ejecución en el centro de salud, que actualice y favorezca la reflexión sobre lesiones y facilite el entrenamiento de habilidades.

La **comunidad** es un **grupo específico de personas**, que a menudo viven en una **zona geográfica definida**, comparten la misma **cultura, valores y normas** y están organizadas en una **estructura social** según las relaciones que han desarrollado a lo largo del tiempo; sus miembros tienen **conciencia de su identidad como grupo** y comparten necesidades y el compromiso de satisfacerlas ^{F2}. En muchas sociedades, sobre todo en los países desarrollados, las personas pertenecen a **varias comunidades** a la vez, según el lugar de residencia, el trabajo y los intereses sociales y recreativos ^{F2}.

Otra definición clásica, la de la enfermería en salud comunitaria, 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, remitiéndose al informe de la OMS *Enfermería y salud de la comunidad*: la comunidad **«es un grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes. Sus miembros se conocen e influyen mutuamente»**; funciona dentro de una determinada **estructura social** y presenta y crea ciertos valores, normas e instituciones sociales ^{F33}.

Comunidad: definición 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.

Desde Ottawa (1986), contando esta, la OMS ha celebrado **diez conferencias mundiales de promoción de la salud** ^{F12,F13,F14,F16}.

N.º	Sede y año	Tema o documento clave
1. ^a	Ottawa, 1986	Carta de Ottawa ^{F16}
2. ^a	Adelaida, 1988	Recomendaciones de Adelaida sobre política pública saludable ^{F16}
3. ^a	Sundsvall, 1991	Declaración sobre entornos que apoyan la salud ^{F16}
4. ^a	Yakarta, 1997	Declaración de Yakarta: la promoción de la salud hacia el siglo XXI ^{F2,F16}
5. ^a	México, 2000	«Promoción de la salud: hacia una mayor equidad » ^{F16}
6. ^a	Bangkok, 2005	Carta de Bangkok: determinantes de la salud en un mundo globalizado ^{F16}
7. ^a	Nairobi, 2009	«Promover la salud y el desarrollo: cerrar la brecha de implementación » ^{F16}
8. ^a	Helsinki, 2013	Salud en Todas las Políticas: Declaración de Helsinki ^{F12,F16}
9. ^a	Shanghái, 2016	Promoción de la salud en los ODS: Declaración de Shanghái y Consenso de alcaldes sobre Ciudades Saludables ^{F13,F16}
10. ^a	Ginebra, 2021 (virtual y presencial)	Carta de Ginebra para el Bienestar ^{F14,F16}

La **Declaración de Yakarta (1997)** confirmó las estrategias y áreas de Ottawa y subrayó que **la participación es esencial para sostener los esfuerzos: las personas tienen que ser el centro de la acción** de la promoción de la salud y de la toma de decisiones ^{F2}. Identificó cinco prioridades: promover la responsabilidad social para la salud, incrementar las inversiones, expandir la colaboración, incrementar la capacidad de la comunidad y el empoderamiento de los individuos, y garantizar una infraestructura para la promoción de la salud ^{F2}.

En la **8.ª conferencia (Helsinki, 2013)** se adoptó la Declaración de Helsinki sobre **Salud en Todas las Políticas (SeTP)**, definida como «un enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que, de manera sistemática, tiene en cuenta las implicaciones en la salud de las decisiones, busca sinergias y evita los impactos perjudiciales para la salud, con el fin de mejorar la salud de la población y la equidad en salud» ^{F12}. Refuerza la **rendición de cuentas** de los responsables políticos por el impacto en la salud a todos los niveles ^{F12}.

La **9.ª conferencia (Shanghái, 21-24 de noviembre de 2016)**, «Promover la salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible», dio lugar a la **Declaración de Shanghái** y al **Consenso de Shanghái sobre Ciudades Saludables**, con el compromiso de **más de 100 alcaldes** de promover la salud mejorando la gestión de los entornos urbanos ^{F13}. Se apoyó en tres pilares: buena gobernanza, ciudades saludables y alfabetización sanitaria ^{F16}. La **10.ª (Ginebra, diciembre de 2021)** acordó la **Carta de Ginebra para el Bienestar**, que destaca la necesidad de **compromisos mundiales para lograr resultados sanitarios y sociales equitativos, ahora y para las generaciones futuras, sin destruir la salud de nuestro planeta** ^{F14}.



Una conferencia, una idea

Ottawa: la salud como recurso y los prerequisites (paz, vivienda, alimentación, ecosistema estable...)

^{F4}. **Yakarta:** las personas en el centro, la participación ^{F2}. **Helsinki:** Salud en Todas las Políticas ^{F12}.

Shanghái: compromiso de **más de 100 alcaldes** en el **Consenso sobre Ciudades Saludables** ^{F13}.

Ginebra: bienestar **sin destruir la salud del planeta** ^{F14}.

EIR 2025 · 57

P5 · respuesta en el solucionario

Salud en Todas las Políticas: Conferencia de Helsinki

En qué Conferencia Mundial de Promoción de la Salud aparece el concepto de Salud en Todas las Políticas, definido como un “enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que, de manera sistemática, tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman”:

1. Ottawa.
2. Helsinki.
3. Shanghai.
4. Nairobi.

Conferencia de Shanghái 2016: foro de alcaldes y ciudades saludables

La 9ª Conferencia mundial sobre Promoción de Salud celebrada en Shanghai en el año 2016, incorpora como novedad una estrategia clave para promover la salud y el desarrollo sostenible que trata de:

1. Destacar determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.
2. La necesidad de promover el concepto de Atención Primaria en todos los países y su desarrollo.
3. Un foro internacional de alcaldes que culmina con la adopción del Consenso sobre Ciudades Saludables.
4. La participación como elemento esencial para sostener los esfuerzos en salud. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud, de los procesos y de la toma de decisiones.

Conferencia de Ginebra 2021: promoción de salud y planeta

¿En qué Conferencia de Promoción de la Salud de la OMS se recoge la necesidad de asumir compromisos mundiales destinados a lograr resultados sanitarios y sociales equitativos, sin destruir la salud de nuestro planeta?:

1. Ginebra 2021.
2. Shanghai 2016.
3. Helsinki 2013.
4. Nairobi 2009.

6. Políticas de salud pública: Estrategia de Salud Pública 2022 y ODS

La **Ley 33/2011, General de Salud Pública**, en su artículo 44, exige disponer de una **Estrategia de Salud Pública** que defina las áreas de actuación sobre los determinantes de la salud y propicie que la salud y la equidad se consideren en todas las políticas públicas ^{F17}. La **Estrategia de Salud Pública 2022 (ESP 2022)**, *Mejorando la salud y el bienestar de la población*, fue aprobada por la Comisión de Salud Pública (9 de junio de 2022) y por el **Consejo Interterritorial del SNS (22 de junio de 2022)** ^{F17}.

La ESP 2022 constituye la **primera hoja de ruta común para todo el territorio** y establece las acciones prioritarias para crear un **marco de referencia para la coordinación de todos los agentes implicados** ^{F17}. Tiene un carácter global e integral y **no pretende definir todas las acciones concretas a implementar, sino reforzar las acciones y proyectos que ya están en marcha e inspirar lo que se realice en el futuro**; persigue resultados en salud mediante cambios funcionales en la salud pública y **planes y programas de acción concretos** ^{F17}.

Qué busca la ESP 2022

Reforzar lo que ya está en marcha e inspirar lo futuro; **no** pretende definir todas las acciones concretas ^{F17}. Persigue resultados mediante **planes y programas de acción concretos** y es un marco de referencia para la coordinación de **todos los agentes implicados** ^{F17}.

EIR 2024 · 85

P8 · respuesta en el solucionario

Estrategia de Salud Pública 2022: finalidad

La Estrategia de Salud Pública 2022, establece las acciones prioritarias a llevar a cabo para crear un marco de referencia para la coordinación de los agentes implicados. ¿Qué busca esta estrategia?:

1. Pretende definir todas las acciones concretas a implementar.
2. Pretende reforzar acciones y proyectos que ya están en marcha.
3. Persigue resultados en salud a través de cambios funcionales en la salud pública y planes y programas de acción general.
4. Constituye un instrumento de coordinación de las políticas autonómicas en materia de Salud Pública.

Se fundamenta en **cinco ejes**: determinantes de la salud (con fuerte orientación a la equidad), **Salud en Todas las Políticas**, enfoque de **Una sola salud**, **Objetivos de Desarrollo Sostenible 2030** y **gobernanza para la salud** ^{F17}. Sus **cuatro líneas estratégicas** aparecen en el documento con dos redacciones: una abreviada, en la presentación de las líneas, y otra más larga, en los capítulos ^{F17}:

Línea estratégica	Redacción abreviada (ESP 2022)	Redacción de los capítulos
LE 1	Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población ^{F17}	Igual ^{F17}
LE 2	Modernizar la vigilancia en la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud ^{F17}	Actualizar la vigilancia de la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud ^{F17}
LE 3	Mejorar la salud y el bienestar a través de la promoción de estilos de vida y entornos saludables, seguros y sostenibles ^{F17}	Mejorar la salud y el bienestar de la población a través de la prevención de enfermedades, la promoción de estilos de vida y el fomento de entornos saludables, seguros y sostenibles ^{F17}
LE 4	Promover la salud y la equidad en salud a lo largo de la vida ^{F17}	Promover la salud y la equidad en salud de la población a lo largo de la vida ^{F17}

La línea 4: a lo largo de la vida

La línea 4 es **promover la salud y la equidad en salud a lo largo de la vida** ^{F17}.

EIR 2025 · 50

P6 · respuesta en el solucionario

Estrategia de Salud Pública 2022: líneas estratégicas

Indique cuál de las siguientes NO es una Línea Estratégica de la Estrategia de Salud Pública 2022:

1. Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población.
2. Modernizar la vigilancia de la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud.
3. Promover la salud y la equidad en salud en la infancia.
4. Mejorar la salud y el bienestar a través de la promoción de estilos de vida y entornos saludables, seguros y sostenibles.

La hoja de ruta global la marca la **Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible**, aprobada por las **Naciones Unidas** ^{F17}. Sus **17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** son ^{F18}:

ODS 1-9	ODS 10-17
1. Fin de la pobreza ^{F18}	10. Reducción de las desigualdades ^{F18}
2. Hambre cero	11. Ciudades y comunidades sostenibles
3. Salud y bienestar	12. Producción y consumo responsables

ODS 1-9	ODS 10-17
4. Educación de calidad	13. Acción por el clima
5. Igualdad de género	14. Vida submarina
6. Agua limpia y saneamiento	15. Vida de ecosistemas terrestres
7. Energía asequible y no contaminante	16. Paz, justicia e instituciones sólidas
8. Trabajo decente y crecimiento económico	17. Alianzas para lograr los objetivos
9. Industria, innovación e infraestructuras	

EIR 2023 · 32

P10 · respuesta en el solucionario

Objetivos de Desarrollo Sostenible

¿Cuál de los siguientes NO está dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos por la OMS?:

1. Fin de la pobreza.
2. Agua limpia y saneamiento.
3. Salud y bienestar.
4. Cero residuos espaciales.

7. Indicadores de mortalidad y esperanza de vida

La **tasa de mortalidad infantil (TMI)** es el **total de defunciones de menores de un año de vida por cada 1.000 nacidos vivos** en un ámbito y año determinados ^{F19}. Su fórmula: **TMI = (defunciones de menores de 1 año / nacidos vivos) × 1.000** ^{F19}. En España, en **2024**, fue de **3,04 por 1.000 nacidos vivos** ^{F20}.

Indicador (INE)	Numerador	Denominador
Mortalidad infantil	Defunciones de menores de 1 año	1.000 nacidos vivos ^{F19}
Mortalidad infantil neonatal	Defunciones de menores de 28 días	1.000 nacidos vivos ^{F19}
Mortalidad neonatal temprana (precoz)	Defunciones de menores de 7 días	1.000 nacidos vivos ^{F19}
Mortalidad neonatal tardía	Defunciones de 7 a 27 días	1.000 nacidos vivos ^{F19}
Mortalidad postneonatal	Defunciones de 28 a 364 días	1.000 nacidos vivos ^{F19}
Mortalidad fetal tardía	Muertes fetales tardías	1.000 nacidos (vivos + muertes fetales tardías) ^{F19}
Mortalidad perinatal	Muertes fetales tardías + defunciones de menores de 7 días	1.000 nacidos (vivos + muertes fetales tardías) ^{F19}

Menores de 1 año, por 1.000 nacidos vivos

La TMI cuenta las defunciones de **menores de 1 año** por cada **1.000 nacidos vivos** ^{F19}. Muerte fetal tardía: feto de **500 g o más** o, si no consta el peso, de **22 o más semanas** de gestación ^{F19}.

EIR 2011 · 86

P30 · respuesta en el solucionario

Tasa de mortalidad infantil: muertes <1 año por 1.000 nacidos vivos

El concepto de mortalidad infantil se refiere a:

- El número de niños que mueren durante el primer año de vida por cada 100 nacidos vivos.
- El número de niños que mueren durante los cinco primeros años de vida por cada 1000 nacidos vivos.
- El número de niños que mueren durante el primer año de vida por cada 1000 nacidos vivos.
- El número de niños que mueren, desde la semana 28 de gestación hasta el primer mes de vida, por cada 100 nacidos vivos.
- El número de niños que mueren durante los primeros catorce años de vida por cada 100 nacidos vivos.

Tasa de mortalidad infantil: muertes <1 año por 1.000 nacidos vivos

La tasa de mortalidad infantil se calcula como:

1. Número de muertes en menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos en un año.
2. Número de muertes en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos en un año.
3. Número de muertes en menores de 1 año por cada 100.000 habitantes en un año.
4. Número de muertes neonatales precoces por cada 1.000 habitantes en un año.

Mortalidad materna. Según la OMS, en **2023** unas **260 000 mujeres** murieron durante o tras el embarazo o el parto, y **aproximadamente el 92 %** de esas muertes se produjo en **países de ingreso bajo y mediano bajo** ^{F21}. Las estimaciones anteriores clasificaban por regiones «desarrolladas» y «en desarrollo»: con ese criterio, en 2013 los **países en desarrollo** concentraban el **99 %** (286 000) de las muertes maternas del mundo, y solo el África subsahariana el 62 % ^{F22}.

EIR2012-082: «más del 99 %» frente al 92 % actual

En **EIR2012-082** la respuesta (reconstruida por un tercero) es **«más del 99 %»**, que corresponde al criterio de entonces: las estimaciones agrupaban los países en «desarrollados» y «en desarrollo», y la de 2013 (publicada en 2014) todavía atribuía a los **países en desarrollo** el **99 %** de las muertes maternas del mundo ^{F22}. La OMS hoy agrupa los países por nivel de ingreso y atribuye a los de **ingreso bajo y mediano bajo** alrededor del **92 %** de las muertes maternas de 2023 ^{F21}. No es que la cifra haya bajado de 99 a 92, sino que ha cambiado la forma de agrupar a los países.

Mortalidad materna: >99% en países en desarrollo

La mortalidad materna en los países en vías de desarrollo representa en las tasas mundiales:

1. El 60%.
2. El 70%.
3. El 80 %.
4. El 90%.
5. Más del 99%.

La **mortalidad prematura** es un indicador clave del SNS que se calcula para causas seleccionadas: **cáncer, cardiopatía isquémica, diabetes mellitus y enfermedad vascular cerebral** en la ficha de 2010; la lista vigente, revisada en 2019-2020, incluye además la **EPOC** ^{F23,F24}. Su fórmula es $[a/b] \times 100.000$, donde **a = número de defunciones en menores de 75 años durante un año para cada causa** y **b = población menor de 75 años en ese año**; se ajusta por edad con la **población estándar europea** y se desagrega **por comunidad autónoma y por sexo** ^{F23}.

Numerador y denominador

Mortalidad prematura: **defunciones en menores de 75 años** durante un año, para cada causa seleccionada (numerador) / **población menor de 75 años** (denominador) × **100.000** ^{F23}.

EIR 2020 · 71

P15 · respuesta en el solucionario

Mortalidad prematura: fórmula del indicador

La mortalidad prematura es un indicador clave del Sistema Nacional de Salud. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Su fórmula es: Población menor de 75 años en ese año, dividido por el número de defunciones en menores de 75 años durante un año para cada una de las causas seleccionadas, multiplicado por 1000.
2. El cáncer y la cardiopatía isquémica son causas de muerte prematura incluidas en este indicador.
3. La diabetes mellitus y la enfermedad vascular cerebral son causas de muerte prematura incluidas en este indicador.
4. Se estudia y analiza por sexo y comunidad autónoma.

Causas externas de muerte en España (INE, 2025, datos provisionales). Hubo 19.042 fallecimientos por causas externas. Las **caídas accidentales** fueron la **primera causa externa** por tercer año consecutivo (4.814); la segunda, el ahogamiento, sumersión y sofocación (3.899), y la tercera, los **suicidios** (3.808) ^{F25}. Por sexo, en los **hombres** las más frecuentes fueron los **suicidios** (2.784) y las caídas accidentales (2.590); en las **mujeres**, las **caídas accidentales** (2.224) y el ahogamiento, sumersión y sofocación (1.805) ^{F25}. Entre todas las causas, la primera en las mujeres fue la **demencia**, y en los hombres las enfermedades isquémicas del corazón ^{F25}.

Causa externa no es causa natural

El Alzheimer y la enfermedad hipertensiva son causas **naturales** de muerte; entre las **causas externas**, en las **mujeres** la primera son las **caídas accidentales** y en los **hombres** el **suicidio** ^{F25}.

EIR 2020 · 109

P14 · respuesta en el solucionario

Causa externa de muerte más frecuente en mujeres en España: caídas accidentales

Señale cuál de las siguientes es la causa externa de muerte más frecuente entre las mujeres en España, según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Enfermedad hipertensiva.
3. Caídas accidentales.
4. Suicidios.

La **esperanza de vida al nacimiento** es el **número medio de años que vivirían los componentes de una generación sometidos en cada edad al patrón de mortalidad observado** en un ámbito a lo largo del año; su valor se extrae de las **tablas de mortalidad** del INE ^{F19}. Puede calcularse **a cualquier edad** (por ejemplo, a los

65 años): es el número medio de años que espera vivir, a una edad x, un miembro de la cohorte **si se mantienen las actuales tasas de mortalidad** ^{F19,F23}.

En España, en **2024**, la esperanza de vida al nacer fue de **84,01 años: 81,38** en los **hombres** y **86,53** en las **mujeres** ^{F20}.

EIR 2018 · 143

P18 · respuesta en el solucionario

Esperanza de vida: cálculo a partir de tabla de vida

Indica cuál de las siguientes respuestas se ajusta al concepto de esperanza de vida:

1. Una esperanza de vida al nacer de 85,13 años implica que los nacidos en ese año van a vivir, de promedio, esos años.

2. El indicador esperanza de vida solo se puede calcular al nacimiento.

3. Su cálculo se realiza a partir de una tabla de vida o tabla de mortalidad.

4. Este indicador es superior a los 85 años actualmente tanto en hombres como en mujeres nacidos en España desde 2015.

Las **expectativas de salud** combinan la duración de la vida con su calidad: miden la proporción de la esperanza de vida que se vive sana, **libre de discapacidad** o enfermedad; combinan información de las **tablas de vida** y de las **encuestas de salud** ^{F2}. Los Indicadores clave del SNS incluyen ^{F23}:

Indicador	Definición (Indicadores clave del SNS)
Esperanza de vida (EV)	Número medio de años que espera vivir, a una edad x, un miembro de la cohorte si se mantienen las actuales tasas de mortalidad ^{F23}
EV en buena salud	Número medio de años que espera vivir en buena salud , si se mantienen las tasas de mortalidad y de salud percibida ^{F23}
EV libre de discapacidad	Número medio de años que espera vivir sin discapacidad , si se mantienen las tasas de mortalidad y de discapacidad ^{F23}

EIR 2009 · 91

P36 · respuesta en el solucionario

Esperanza de vida sin incapacidad (EVSI)

La Esperanza de Vida sin Incapacidad (EVSI) es un indicador que tiene como objetivo ofrecer información sobre:

1. Las expectativas de vida al nacer.

2. La media de años vividos por la población mientras está en edad productiva.

3. La relación entre años vividos por la población activa y la dependiente.

4. Los años que potencialmente vivirá la población sin incapacidad.

5. Los años que potencialmente vivirá la población con incapacidades adquiridas antes de la edad de jubilación.

Ajuste (estandarización) de tasas. Comparar tasas crudas entre poblaciones con distinta estructura de edad es engañoso por **confusión**: una población más envejecida tendrá siempre una tasa cruda mayor. La estandarización elimina ese efecto ^{F26}. Hay **dos métodos**, según lo que se tome como estándar: una **población** (método directo) o un **conjunto de tasas específicas** (método indirecto) ^{F26}.

	Método directo	Método indirecto
Estándar	Una población estándar (p. ej., la europea o la mundial) ^{F26}	Unas tasas específicas de referencia ^{F26}
Qué necesita	Las tasas específicas por edad de todos los subgrupos de todas las poblaciones comparadas, lo que a veces no es posible ^{F26}	Las tasas específicas de la población de referencia, la estructura por edad de la población estudiada y el total de muertes observadas ^{F26}
Resultado	Tasa ajustada: tasa esperada si todas tuvieran la misma composición ^{F26}	Razón de mortalidad estandarizada (RME) = muertes observadas / esperadas; > 1 indica más riesgo que el estándar ^{F26}
Cuándo	Es el más usado ^{F26}	Cuando las tasas específicas se basan en muy pocos casos y son poco precisas, típico de poblaciones pequeñas ^{F26}

★ Poblaciones pequeñas → método indirecto

Si los subgrupos son **poblaciones pequeñas**, las tasas específicas son **muy imprecisas** y se recomienda el **método indirecto**, que no necesita las tasas específicas de la población estudiada, sino solo su estructura por edad y el total de muertes observadas ^{F26}. La RME es una **razón**: muertes observadas / esperadas ^{F26}.

EIR 2017 · 26

P22 · respuesta en el solucionario

Ajuste de tasas: método indirecto para poblaciones pequeñas

¿Cuál es la respuesta correcta respecto al ajuste de tasas de mortalidad?:

1. El método indirecto se usa preferiblemente para poblaciones pequeñas.
2. El método indirecto se usa preferiblemente para poblaciones grandes.
3. La razón de tasas estandarizadas indica la diferencia de tasas de mortalidad en dos poblaciones distintas.
4. El método indirecto tiene como inconveniente que necesita más información para su elaboración.

8. Salud percibida e Indicadores clave del SNS

El **estado de salud percibido** se obtiene en la encuesta de salud con la pregunta de si, en los últimos 12 meses, el estado de salud ha sido muy bueno, bueno, regular, malo o muy malo ^{F23}. Es un indicador clave del SNS: el porcentaje de población con **valoración positiva** de su salud forma parte del dominio de **bienestar** en la actualización de 2025 ^{F24}.

Según la **Encuesta de Salud de España 2023** (nota técnica de mayo de 2025), el **74 %** de la población valora su salud como muy buena o buena ^{F27}. **Los hombres valoran su salud favorablemente (78 %) con más frecuencia que las mujeres (70 %)**, y esta **diferencia por sexo se mantiene en toda la serie** desde 1987 ^{F27}. La percepción positiva **disminuye con la edad** y sigue un **gradiente social**: 82,9 % en la clase más favorecida frente al 69,7 % en la menos favorecida, con diferencias entre sexos mayores en las clases menos favorecidas ^{F27}. En la hipercolesterolemia, en cambio, las diferencias por sexo siempre han sido pequeñas ^{F27}.

★ Las mujeres perciben peor su salud

En todas las encuestas de salud españolas, las **mujeres** declaran con **más frecuencia** que los hombres una salud **regular, mala o muy mala**: la autopercepción es **más negativa en las mujeres** ^{F27}. La salud percibida es un **indicador clave** del SNS y varía con la **edad**, el **sexo** y la **clase social** ^{F24,F27}.

Problemas crónicos por sexo. En la **Encuesta de Salud de España 2023** (INE), la **tensión alta** la declara el **20,2 %** de la población de 15 y más años: **20,5 % de los hombres y 20,0 % de las mujeres**; el **colesterol alto**, el **18,3 %** en ambos sexos ^{F29}. La nota técnica del Ministerio lo resume: la hipertensión se refiere «casi sin diferencias entre hombres y mujeres, aunque ligeramente superior en los primeros» ^{F27}.

Los datos de 2006. En la **Encuesta Nacional de Salud 2006**, el 75,1 % de los hombres declaraba un estado de salud bueno o muy bueno frente al 65,0 % de las mujeres, y lo declaraban **malo o muy malo el 6,0 % de los hombres y el 9,1 % de las mujeres** ^{F30}. Entre los problemas crónicos diagnosticados a la población de 16 y más años, la hipertensión arterial afectaba al 20,7 % y la hipercolesterolemia al 15,9 %; **excepto la diabetes y la bronquitis crónica, todos los problemas crónicos considerados eran más frecuentes en las mujeres** ^{F30}.

EIR2009-065: la hipertensión ya no es más frecuente en mujeres

En **EIR2009-065** la respuesta (reconstruida por un tercero) es la **3**: las mujeres valoran su estado de salud como malo o muy malo en un porcentaje superior a los hombres. Es lo que pregunta el núcleo del enunciado, la **valoración del estado de salud**, y se cumplía en 2006 (9,1 % de mujeres frente a 6,0 % de hombres con salud mala o muy mala) ^{F30}; hoy las mujeres siguen valorando su salud favorablemente con menos frecuencia que los hombres (70 % frente a 78 %) ^{F27}. Con los datos de la época, la opción 4 (más hombres que mujeres con hipertensión) era falsa, porque la hipertensión, como casi todos los problemas crónicos, era más frecuente en las mujeres ^{F30}. Con los datos actuales, la opción 4 sería **cierta por muy poco**: en 2023 la declaran el 20,5 % de los hombres y el 20,0 % de las mujeres ^{F29}. La opción 5 (menos hipercolesterolemia en mujeres) tampoco se cumple hoy: el 18,3 % en ambos sexos ^{F29}. La respuesta (reconstruida por un tercero) no se corrige.

Autopercepción del estado de salud: peor en mujeres

En la Encuesta Nacional de Salud se observa que:

1. No existen diferencias entre mujeres y hombres en la valoración de su estado de salud.
2. Los hombres valoran su estado de salud como malo o muy malo, en un porcentaje superior a las mujeres.
3. Las mujeres valoran su estado de salud como malo o muy malo, en un porcentaje superior a los hombres.
4. Es mayor el porcentaje de hombres, en relación al de mujeres, que declaran padecer hipertensión arterial.
5. Es menor el porcentaje de mujeres, en relación al de hombres, que declaran padecer hipercolesterolemia.

Autopercepción del estado de salud: peor en mujeres

La autopercepción del estado de salud es:

1. Percibida de manera más positiva por las mujeres que por los hombres.
2. Percibida de manera más negativa por las mujeres que por los hombres.
3. Una expresión subjetiva de la situación de la persona.
4. Un indicador de escaso valor, ya que al ser individual no puede utilizarse para considerar las necesidades de salud de la población.
5. Una sensación individual y perceptiva, y por lo tanto única, en la que no influyen aspectos como la edad, el sexo o la clase social.

EIR2011-082: ¿no es también «una expresión subjetiva»?

La respuesta oficial de **EIR2011-082** es la **2**: la autopercepción del estado de salud es **más negativa en las mujeres** que en los hombres, un dato que se repite en todas las encuestas desde 1987 ^{F27}. La opción 3, «una expresión subjetiva de la situación de la persona», no es falsa en sí: el indicador se obtiene de la **autovaloración** que la propia persona hace de su salud al responder a la encuesta ^{F23}. La clave elige el dato de las encuestas (peor percepción en las mujeres); la respuesta oficial no se corrige. Las opciones 1, 4 y 5 son falsas: la percepción es peor en las mujeres, es un **indicador clave** del SNS y varía con la edad, el sexo y la clase social ^{F24,F27}.

Los **Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS)** son un conjunto limitado de indicadores que da información fundamental del sistema sanitario de forma integrada y sistemática ^{F24}. En su presentación clásica, el Ministerio los agrupaba por su finalidad ^{F28}:

Grupo de indicadores	Para qué sirven
De nivel de salud	Orientan sobre los principales problemas de salud y la prevalencia de los factores determinantes, e identifican desigualdades ^{F28}
Estructurales	Proporcionan información de referencia para el análisis de la oferta y distribución de recursos ^{F28}
De utilización del sistema sanitario	Frecuentación, tasas de uso de procedimientos o tecnologías y consumo de recursos ^{F28}
De accesibilidad al sistema	Identifican problemas en el acceso a los servicios sanitarios ^{F28}
De gasto	Recursos económicos utilizados, según las cuentas oficiales ^{F28}
De calidad de la atención	Prestación de servicios efectivos y de calidad; problemas y variabilidad en la provisión ^{F28}

Oferta y distribución de recursos = estructura

Los indicadores de **estructura** son las características más fijas del sistema: recursos materiales (centros, equipos, recursos financieros), recursos humanos y estructura organizativa ^{F24}. Por eso son los que informan de la **oferta y distribución de recursos** ^{F28}.

EIR2019-215: los «indicadores estructurales»

La respuesta oficial de **EIR2019-215, indicadores estructurales**, corresponde a la clasificación clásica de los INCLASNS que publicaba el Ministerio (documento de 2014), donde son los que proporcionan información de referencia para el análisis de la **oferta y distribución de recursos** ^{F28}. La metodología vigente (actualización de 2025) ya no tiene un grupo con ese nombre: organiza los INCLASNS en **12 dominios**, y en la dimensión Sistema Sanitario los dominios de Uso y de Recursos del marco de 2016 se unieron en un único dominio **«Sostenibilidad: Uso/Recursos»**, de modo que hoy los recursos comparten dominio con la utilización ^{F24}. La misma metodología sigue llamando **indicadores de estructura** a los que recogen los recursos materiales, los recursos humanos y la estructura organizativa ^{F24}. La respuesta oficial no se corrige.

Indicadores clave del SNS: indicadores estructurales

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

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

La revisión de los INCLASNS de **2019-2020** reorganizó el marco, alineado con el de la **OCDE**, en **12 dominios** y **4 dimensiones** (Salud, Determinantes Sociales de la Salud, Sistema Sanitario, y Contexto y Políticas de Salud), con la **equidad** como eje vertical y la **eficiencia** como eje transversal ^{F24}. La **actualización de 2025** mantiene ese modelo, suma **186 indicadores clave**, de ellos **70 esenciales**, e incorpora la desagregación por **nivel socioeconómico** ^{F24}. Busca un equilibrio entre indicadores de **estructura, procesos y resultados** ^{F24}.

Estado de salud frente a determinantes. El Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid separa los indicadores del **estado de salud** de los de sus **determinantes**. Agrupa en «Estado de salud» los indicadores generales, la **mortalidad**, la **morbilidad**, la esperanza de vida, la carga de enfermedad, el estado de salud percibido y la **dependencia y fragilidad**; y en «Determinantes de la salud», la **dinámica demográfica**, los determinantes ligados al medio, los hábitos y estilos de vida y las acciones preventivas, entre otros ^{F37}. Define los determinantes como «aquellos **factores o condicionantes** de vida (sociales, económicos, políticos y ambientales), tanto de la persona como de su entorno, que influyen y afectan al estado de salud», y recuerda que la evolución demográfica es **al mismo tiempo causa y consecuencia** del estado de salud de una población ^{F37}.

Diagnóstico de salud: la demografía como factor condicionante

Son datos que orientan sobre los factores que condicionan la salud de una comunidad, la información sobre:

1. Mortalidad.
2. Morbilidad.
3. Demografía.
4. Incapacidad y dependencia.
5. Calidad de vida.

La guía del Ministerio de Sanidad *Acción comunitaria para ganar salud* enumera los aspectos sobre los que más interesa recuperar información al analizar una comunidad ^{F38}:

Aspecto	Qué información recoger
El entorno físico	El territorio , con sus condicionantes para la vida colectiva: distribución de barrios, topografía , espacios verdes y naturales, barreras urbanísticas ^{F38}

Aspecto	Qué información recoger
Características demográficas	Distribución de la población por edad y sexo , historia demográfica (movimientos migratorios) ^{F38}
Características socioeconómicas	Indicadores sencillos como la tasa de desempleo , los principales sectores económicos y el nivel de instrucción ^{F38}
Aspectos sociales y culturales	Modelos socioculturales, formas de organización social, demandas y necesidades históricas ^{F38}
Estado de salud de la comunidad	Indicadores de morbilidad y mortalidad y otros vinculados a determinantes de la salud ^{F38}

EIR 2015 · 147

P53 · respuesta en el solucionario

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.

Todas las preguntas del tema (43)

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

EIR 2026 · 208

P1 · respuesta en el solucionario

El modelo de los determinantes de la salud integra una serie de dimensiones clave que son:

1. Biología humana, medio ambiente, hábitos de salud y estilos de vida y la organización de los servicios de salud.
2. Determinantes políticos, el entorno social, ambiental y laboral, la integración social, junto con los estilos de vida.
3. Determinantes estructurales de las desigualdades de la salud, donde se encuentra el contexto socioeconómico y político, y los determinantes intermedios de la salud.
4. Dimensiones individuales y sociales realizadas con el estilo de vida, las influencias comunitarias, las condiciones de vida y de trabajo, y las condiciones sociales que los rodean.

EIR 2026 · 207

P2 · respuesta en el solucionario

La tasa de mortalidad infantil se calcula como:

1. Número de muertes en menores de 5 años por cada 1.000 nacidos vivos en un año.
2. Número de muertes en menores de 1 año por cada 1.000 nacidos vivos en un año.
3. Número de muertes en menores de 1 año por cada 100.000 habitantes en un año.
4. Número de muertes neonatales precoces por cada 1.000 habitantes en un año.

EIR 2026 · 83

P3 · respuesta en el solucionario

De acuerdo con la evidencia presentada en el informe de la Comisión de la Organización Mundial de la Salud sobre Conexión Social (2025), el aislamiento social y la soledad se asocian con:

1. Un coste económico insignificante para los sistemas de salud y empleadores, pero un riesgo moderado de depresión únicamente en las poblaciones de ingresos altos.
2. Una reducción del riesgo de mortalidad, actuando como factor protector contra enfermedades crónicas como la enfermedad cardiovascular y la diabetes tipo 2.
3. Impactos graves y negativos en la salud física (incluyendo el riesgo de enfermedad cardiovascular y diabetes tipo 2), la salud mental (como depresión y ansiedad) y un aumento significativo en la mortalidad general.
4. Un vínculo causal comprobado con 20 de las 26 enfermedades crónicas examinadas (como la diabetes tipo 2 y la enfermedad hepática crónica), según los estudios de aleatorización mendeliana.

El Sentido de Coherencia (SOC) es un concepto central en el modelo salutogénico de Aaron Antonovsky. ¿Cuáles son sus tres componentes principales?:

1. Manejabilidad, significatividad y adaptabilidad.
2. Comprensibilidad, aceptabilidad y manejabilidad.
3. Comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.
4. Manejabilidad, flexibilidad y significatividad.

En qué Conferencia Mundial de Promoción de la Salud aparece el concepto de Salud en Todas la Políticas, definido como un “enfoque para las políticas públicas en todos los sectores que, de manera sistemática, tiene en cuenta las implicaciones en la salud que tienen las decisiones que se toman”:

1. Ottawa.
2. Helsinki.
3. Shanghai.
4. Nairobi.

Indique cuál de las siguientes NO es una Línea Estratégica de la Estrategia de Salud Pública 2022:

1. Fortalecer la salud pública para mejorar la salud de la población.
2. Modernizar la vigilancia de la salud pública y garantizar la capacidad de respuesta ante los riesgos y las emergencias en salud.
3. Promover la salud y la equidad en salud en la infancia.
4. Mejorar la salud y el bienestar a través de la promoción de estilos de vida y entornos saludables, seguros y sostenibles.

Indique con qué término se conocen las diferencias sistemáticas en una o más dimensiones de la salud entre grupos o subgrupos de población, que son consideradas socialmente injustas y potencialmente evitables:

1. Diferencias relativas de salud.
2. Ley inversa de la asistencia de Hart.
3. Desigualdades sociales en salud.
4. Determinantes sociales de la salud.

La Estrategia de Salud Pública 2022, establece las acciones prioritarias a llevar a cabo para crear un marco de referencia para la coordinación de los agentes implicados. ¿Qué busca esta estrategia?:

1. Pretende definir todas las acciones concretas a implementar.
2. Pretende reforzar acciones y proyectos que ya están en marcha.
3. Persigue resultados en salud a través de cambios funcionales en la salud pública y planes y programas de acción general.
4. Constituye un instrumento de coordinación de las políticas autonómicas en materia de Salud Pública.

La teoría de la salutogénesis fue enunciada por:

1. Albert Bandura.
2. Aaron Antonovsky.
3. Viktor Emil Frankl.
4. Butler Flora.

¿Cuál de los siguientes NO está dentro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible propuestos por la OMS?:

1. Fin de la pobreza.
2. Agua limpia y saneamiento.
3. Salud y bienestar.
4. Cero residuos espaciales.

Pregunta asociada a la imagen 7. Atendiendo a la imagen, seleccione la respuesta correcta:



4

1. En las teorías y la práctica de este modelo, la capacidad, la habilidad y el talento de los individuos, las familias y las comunidades, buscan soluciones positivas que les fortalezcan su autoestima para resolver los retos del ambiente.
2. Se corresponde con el modelo del déficit.
3. Se sustenta en una metodología que enfatiza el desarrollo de políticas y actividades basadas en las capacidades, habilidades y recursos.
4. Fue propuesto por Dubos, 1959.

Pregunta asociada a la imagen 6. Atendiendo a la imagen, seleccione la respuesta correcta:



1. Se corresponde con el marco de determinantes de la salud de Lalonde (1991).
2. La capa indicada con el número 3, se corresponde con las redes sociales y comunitarias.
3. No contempla el sexo como factor determinante debido a la invisibilidad del momento.
4. No se contemplan los factores constitucionales.

La afirmación: Las personas con más medios cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores son las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos consumen, se denomina:

1. Atención inversa.
2. Atención empobrecedora.
3. Atención fragmentada y en proceso de fragmentación.
4. Orientación inadecuada de la atención.

Señale cuál de las siguientes es la causa externa de muerte más frecuente entre las mujeres en España, según los últimos datos disponibles del Instituto Nacional de Estadística:

1. Enfermedad de Alzheimer.
2. Enfermedad hipertensiva.
3. Caídas accidentales.
4. Suicidios.

La mortalidad prematura es un indicador clave del Sistema Nacional de Salud. Señale la respuesta INCORRECTA:

1. Su fórmula es: Población menor de 75 años en ese año, dividido por el número de defunciones en menores de 75 años durante un año para cada una de las causas seleccionadas, multiplicado por 1000.
2. El cáncer y la cardiopatía isquémica son causas de muerte prematura incluidas en este indicador.
3. La diabetes mellitus y la enfermedad vascular cerebral son causas de muerte prematura incluidas en este indicador.
4. Se estudia y analiza por sexo y comunidad autónoma.

La vivienda como determinante social de la salud es:

1. Un recurso material.
2. Un eje de la desigualdad.
3. Un factor conductual.
4. Un determinante estructural.

El Marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, propuesto por la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España, elaborado en 2010, se plantea la existencia de Ejes de desigualdad social en salud. Estos Ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad serían (señale la respuesta correcta):

1. La clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio.
2. Cultura y valores, políticas macroeconómicas y mercado de trabajo.
3. Factores conductuales, factores biológicos y factores psicosociales.
4. Ingresos, vivienda, entorno residencial y trabajo doméstico.

Indica cuál de las siguientes respuestas se ajusta al concepto de esperanza de vida:

1. Una esperanza de vida al nacer de 85,13 años implica que los nacidos en ese año van a vivir, de promedio, esos años.
2. El indicador esperanza de vida solo se puede calcular al nacimiento.
3. Su cálculo se realiza a partir de una tabla de vida o tabla de mortalidad.
4. Este indicador es superior a los 85 años actualmente tanto en hombres como en mujeres nacidos en España desde 2015.

Según el marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, basado en Solar e Irwin y Navarro, podemos afirmar que:

1. Al disminuir la clase social mejora la salud, tanto expresada en salud percibida como en un exceso de mortalidad o morbilidad.
2. Las desigualdades solo afectan a un pequeño segmento de la población más pobre.
3. Las desigualdades se van reproduciendo a lo largo del ciclo vital, la clase social de la familia donde se nace, el nivel de estudios adquirido o la ocupación, generando recursos y oportunidades desiguales a lo largo de la vida.
4. Las diferencias en salud entre hombres y mujeres responden esencialmente a diferencias biológicas.

Indica cuál de las siguientes afirmaciones es cierta en relación a los Determinantes Sociales de la Salud:

1. La distribución de los problemas de salud en cualquier población suele ser aleatoria.
2. El hecho de que la enfermedad y sus causas biológicas y conductuales siga determinados patrones sociales nos muestra que los determinantes individuales están influenciados por determinantes sociales más estructurales.
3. Se entiende por determinantes sociales en salud las diferencias en salud injustas y evitables entre grupos de poblaciones definidos social, económica, demográfica o geográficamente.
4. El empoderamiento consiste en medidas de redistribución del poder favoreciendo a los que más tienen.

El término equidad en salud significa:

1. Que es necesario invertir en tecnología sanitaria en las diferentes comunidades autónomas según se nos dice en la Estrategia del Ministerio de Sanidad para abordar las desigualdades sociales.
2. Que ninguna persona debería encontrarse en desventaja para desarrollar su potencial.
3. Que deben existir el mismo número de centros sanitarios por Comunidad Autónoma.
4. Que todas las personas tengan atención sanitaria.

¿Cuál es la respuesta correcta respecto al ajuste de tasas de mortalidad?:

1. El método indirecto se usa preferiblemente para poblaciones pequeñas.
2. El método indirecto se usa preferiblemente para poblaciones grandes.
3. La razón de tasas estandarizadas indica la diferencia de tasas de mortalidad en dos poblaciones distintas.
4. El método indirecto tiene como inconveniente que necesita más información para su elaboración.

En relación al marco conceptual de los determinantes de las desigualdades sociales en salud, de la Comisión para reducir las Desigualdades en Salud en España (2010), basado en Solar e Irwin y Navarro, es FALSO que:

1. Las desigualdades sociales en salud son el resultado de la actuación de los llamados determinantes estructurales de las desigualdades y de los determinantes intermedios.
2. La estructura social determina desigualdades en los factores intermedios, los cuales, a su vez determinan las desigualdades en salud.
3. Los determinantes intermedios se componen del contexto socioeconómico y político.
4. El sistema sanitario también juega un papel importante en la generación de las desigualdades de salud, ya que, incluso en aquellos lugares en los que la cobertura es universal y gratuita, las personas con menor nivel socioeconómico encuentran mayores barreras para el acceso.

Respecto a las Desigualdades en Salud es cierto que:

1. Numerosos estudios científicos muestran que las desigualdades en salud son responsables de un exceso de morbilidad similar a la mayoría de los factores de riesgo de enfermar conocidos.
2. Los distintos ejes de desigualdad que determinan jerarquías de poder en la sociedad son la clase social, el género, la edad, la etnia o la raza y el territorio.
3. No están relacionadas con el concepto de discriminación.
4. No hay evidencia científica suficiente para recomendar que las desigualdades en salud pueden reducirse si se aplican las intervenciones y políticas públicas sanitarias y sociales adecuadas.

Cuando analiza en uno de sus pacientes la organización social de la comunidad donde vive, el clima, el abastecimiento de aguas y calidad del aire, las posibilidades de empleo y la tasa de paro, el número de profesionales de la salud a los que puede acudir, los factores genéticos, la mortalidad, el sexo y la edad; usted está valorando todos los determinantes de la salud EXCEPTO:

1. Estilo de vida.
2. Biología.
3. Entorno.
4. Sistema Sanitario.

¿Cuál es la respuesta FALSA en relación a los estilos de vida saludables?:

1. Los estilos de vida son patrones colectivos de conducta.
2. Están basados en elecciones realizadas sobre opciones disponibles.
3. Es una actividad emprendida por un individuo con objeto de mantener la salud.
4. Están determinados por su estatus, edad, género y etnia entre otros factores.

Aquellas desigualdades evitables, consideradas injustas en el acceso a los servicios de salud entre regiones o entre subgrupos de población en un mismo país, se corresponde con el término de:

1. Desigualdad social en salud.
2. Equidad en salud.
3. Determinantes sociales.
4. Inequidad en salud.
5. Pobreza.

La mortalidad materna en los países en vías de desarrollo representa en las tasas mundiales:

1. El 60%.
2. El 70%.
3. El 80 %.
4. El 90%.
5. Más del 99%.

NO es una característica común de las enfermedades crónicas:

1. El que produzcan en la persona que la padece incapacidad residual.
2. El que signifique un padecimiento incurable.
3. La necesidad para quienes la padecen de rehabilitación.
4. El carácter plurifactorial, incluidos los agentes microbianos.
5. La importancia social, por su repercusión a nivel individual y colectivo.

El concepto de mortalidad infantil se refiere a:

1. El número de niños que mueren durante el primer año de vida por cada 100 nacidos vivos.
2. El número de niños que mueren durante los cinco primeros años de vida por cada 1000 nacidos vivos.
3. El número de niños que mueren durante el primer año de vida por cada 1000 nacidos vivos.
4. El número de niños que mueren, desde la semana 28 de gestación hasta el primer mes de vida, por cada 100 nacidos vivos.
5. El número de niños que mueren durante los primeros catorce años de vida por cada 100 nacidos vivos.

La autopercepción del estado de salud es:

1. Percibida de manera más positiva por las mujeres que por los hombres.
2. Percibida de manera más negativa por las mujeres que por los hombres.
3. Una expresión subjetiva de la situación de la persona.
4. Un indicador de escaso valor, ya que al ser individual no puede utilizarse para considerar las necesidades de salud de la población.
5. Una sensación individual y perceptiva, y por lo tanto única, en la que no influyen aspectos como la edad, el sexo o la clase social.

Son datos que orientan sobre los factores que condicionan la salud de una comunidad, la información sobre:

1. Mortalidad.
2. Morbilidad.
3. Demografía.
4. Incapacidad y dependencia.
5. Calidad de vida.

Al definir el concepto de salud teniendo en cuenta el cumplimiento satisfactorio o no de las actividades sociales se está haciendo, según Laín Entralgo, con un criterio:

1. Morfológico.
2. Etiológico.
3. Funcional.
4. Utilitario.
5. Conductual.

La afirmación sobre la salud “el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica y social”, corresponde a:

1. El Título Preliminar de la Organización de Naciones Unidas.
2. La Conclusión de la Declaración Universal de Derechos Humanos.
3. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
4. El Preámbulo de la Organización Mundial de la Salud.
5. La Finalidad de la Carta Social Europea.

De los modelos desarrollados que tratan el concepto de salud, señalar el que considera la salud como una condición de hacer realidad o llevar a cabo el potencial de la persona:

1. Clínico.
2. De desempeño del rol.
3. De adaptación.
4. Eudemonístico.
5. Ecológico.

La Esperanza de Vida sin Incapacidad (EVSI) es un indicador que tiene como objetivo ofrecer información sobre:

1. Las expectativas de vida al nacer.
2. La media de años vividos por la población mientras está en edad productiva.
3. La relación entre años vividos por la población activa y la dependiente.
4. Los años que potencialmente vivirá la población sin incapacidad.
5. Los años que potencialmente vivirá la población con incapacidades adquiridas antes de la edad de jubilación.

El modelo de los determinantes de salud expresado en el Informe Lalonde está basado en la categorización del campo de la salud en los elementos siguientes:

1. Comportamientos y estilos de vida, la biología humana, el entorno de la persona y la organización para la atención de la salud.
2. La atención de la salud primaria y especializada.
3. La prevención en los niveles primario, secundario y terciario.
4. Los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la salud y la enfermedad y las relaciones entre ellos.
5. La genética, la herencia, los estilos de vida y la capacidad de respuesta de la persona.

En la Encuesta Nacional de Salud se observa que:

1. No existen diferencias entre mujeres y hombres en la valoración de su estado de salud.
2. Los hombres valoran su estado de salud como malo o muy malo, en un porcentaje superior a las mujeres.
3. Las mujeres valoran su estado de salud como malo o muy malo, en un porcentaje superior a los hombres.
4. Es mayor el porcentaje de hombres, en relación al de mujeres, que declaran padecer hipertensión arterial.
5. Es menor el porcentaje de mujeres, en relación al de hombres, que declaran padecer hipercolesterolemia.

Las desigualdades en la atención a la salud son:

1. Un problema del pasado subsanado por el Sistema Nacional de Salud.
2. Exclusivas de los países subdesarrollados o de los que se encuentran en vías de desarrollo.
3. Notorias entre los países, clases sociales y las zonas geográficas dentro de cada país.
4. Actualmente están resueltas por el principio de equidad.
5. Forman parte de los temas prioritarios a resolver por la globalización.

Los comportamientos que integran el estilo de vida de una persona son:

1. De carácter hereditario.
2. De naturaleza voluntaria.
3. Motivacionales.
4. Aprendidos.
5. Los que desarrolla la persona en la etapa madura de su vida.

Según Hernán San Martín, la salud de la persona va a depender en su mayor proporción de:

1. Factores genéticos.
2. Factores ambientales.
3. Riesgos ambientales y modo de vida.
4. Estilos de vida y características genéticas.
5. Factores genéticos y recursos sanitarios a los que se tiene acceso.

La concepción expresada por la OMS como: “aquellas condiciones sociales económicas o biológicas, conductas o ambientes que están asociados o causan un incremento de la susceptibilidad para una enfermedad específica, una salud deficiente o lesiones”, se refiere a:

1. Factor de susceptibilidad.
2. Factor de probabilidad.
3. Factor causal o específico.
4. Factor etiológico necesario.
5. Factor de riesgo.

Una de las metas de la OMS es reducir las desigualdades sociales en salud. El término que hace referencia a esta meta es:

1. Igualdad.
2. Desigualdades aceptables.
3. Eficiencia.
4. Accesibilidad.
5. Equidad.

Preguntas que también podrían ser de este tema (12)

La clasificación automática dudó entre este tema y otro.

EIR 2024 · 92

P44 · respuesta en el solucionario

¿En qué Conferencia de Promoción de la Salud de la OMS se recoge la necesidad de asumir compromisos mundiales destinados a lograr resultados sanitarios y sociales equitativos, sin destruir la salud de nuestro planeta?:

1. Ginebra 2021.
2. Shanghai 2016.
3. Helsinki 2013.
4. Nairobi 2009.

EIR 2019 · 215

P45 · respuesta en el solucionario

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

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

EIR 2018 · 234

P46 · respuesta en el solucionario

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.

De las siguientes definiciones, ¿cuál se refiere a la de promoción de la salud?:

1. Conjunto de medidas necesarias para evitar el desarrollo de enfermedades.
2. Intervenciones orientadas a evitar la aparición de enfermedades específicas, reduciendo su incidencia y predominio en las poblaciones.
3. Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma.
4. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y aun costo que la comunidad y el país puedan soportar.

La 9ª Conferencia mundial sobre Promoción de Salud celebrada en Shanghai en el año 2016, incorpora como novedad una estrategia clave para promover la salud y el desarrollo sostenible que trata de:

1. Destacar determinados prerrequisitos para la salud, que incluyen la paz, adecuados recursos económicos y alimenticios, vivienda, un ecosistema estable y un uso sostenible de los recursos.
2. La necesidad de promover el concepto de Atención Primaria en todos los países y su desarrollo.
3. Un foro internacional de alcaldes que culmina con la adopción del Consenso sobre Ciudades Saludables.
4. La participación como elemento esencial para sostener los esfuerzos en salud. Las personas tienen que ser el centro de la acción de la promoción de la salud, de los procesos y de la toma de decisiones.

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.

De las siguientes afirmaciones sobre la Carta presentada en la Primera Conferencia Internacional de Promoción de la Salud celebrada en Ottawa el 21 de noviembre de 1986, señale la respuesta correcta:

1. Se define por primera vez el concepto de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).
2. La Carta de Ottawa identifica diez acciones de promoción de salud.
3. La salud se contempla como un recurso para la vida cotidiana, no como el objetivo de la vida.
4. Entre sus objetivos plantea promover el concepto de la atención primaria de salud en todos los países.

Se entiende por promoción de salud:

1. Una estrategia que tiene varios elementos comprendiendo en forma integrada varios programas dirigidos a poblaciones para la salud general.
2. Conjunto de instrumentos y decisiones de una determinada sociedad que asigna funciones sociales y a su vez recursos para alcanzar una meta de salud de una población.
3. Proceso político y social global dirigido a que las personas incrementen su control sobre los determinantes de salud.
4. Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Sería una estrategia de promoción de salud:

1. Instalación de máquinas expendedoras de preservativos en la red de Metro e intercambiadores de transporte.
2. Equipamiento y entrenamiento de profesionales para la ampliación de las enfermedades congénitas a incluir en las pruebas de cribado.
3. Creación de Foros de integración y mesas de convivencia en zonas en riesgo de exclusión.
4. Taller sobre accidentes en población mayor, para su ejecución en el centro de salud, que actualice y favorezca la reflexión sobre lesiones y facilite el entrenamiento de habilidades.

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.

La Conferencia de Ottawa, celebrada en el año 1986, es conocida también como:

1. Conferencia de Alma Ata.
2. Conferencia de los 35 objetivos de salud.
3. Hacia una nueva salud pública.
4. Salud para todos en el año 2000.
5. Conferencia de Adelaida.

Solucionario

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P1	EIR 2026 · 208	1	
P2	EIR 2026 · 207	2	
P3	EIR 2026 · 83	3	
P4	EIR 2026 · 74	3	
P5	EIR 2025 · 57	2	
P6	EIR 2025 · 50	3	
P7	EIR 2025 · 48	3	
P8	EIR 2024 · 85	2	
P9	EIR 2023 · 38	2	hoja del archivo oficial
P10	EIR 2023 · 32	4	hoja del archivo oficial
P11	EIR 2023 · 7	2	hoja del archivo oficial
P12	EIR 2023 · 6	2	hoja del archivo oficial
P13	EIR 2021 · 163	1	
P14	EIR 2020 · 109	3	
P15	EIR 2020 · 71	1	
P16	EIR 2019 · 202	1	hoja del archivo oficial
P17	EIR 2018 · 179	1	hoja del archivo oficial
P18	EIR 2018 · 143	3	hoja del archivo oficial
P19	EIR 2018 · 130	3	hoja del archivo oficial
P20	EIR 2018 · 129	2	hoja del archivo oficial
P21	EIR 2017 · 35	2	
P22	EIR 2017 · 26	1	
P23	EIR 2017 · 2	3	
P24	EIR 2017 · 1	2	
P25	EIR 2016 · 70	1	hoja del archivo oficial

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P26	EIR 2016 · 50	3	hoja del archivo oficial
P27	EIR 2014 · 122	2	reconstruida por un tercero
P28	EIR 2012 · 82	5	reconstruida por un tercero
P29	EIR 2012 · 76	4	reconstruida por un tercero
P30	EIR 2011 · 86	3	
P31	EIR 2011 · 82	2	
P32	EIR 2011 · 78	3	
P33	EIR 2011 · 66	4	
P34	EIR 2010 · 81	4	reconstruida por un tercero
P35	EIR 2010 · 69	4	reconstruida por un tercero
P36	EIR 2009 · 91	4	reconstruida por un tercero
P37	EIR 2009 · 70	1	reconstruida por un tercero
P38	EIR 2009 · 65	3	reconstruida por un tercero
P39	EIR 2007 · 71	3	reconstruida por un tercero
P40	EIR 2006 · 71	4	reconstruida por un tercero
P41	EIR 2006 · 70	3	reconstruida por un tercero
P42	EIR 2006 · 69	5	reconstruida por un tercero
P43	EIR 2006 · 67	5	reconstruida por un tercero
P44	EIR 2024 · 92	1	
P45	EIR 2019 · 215	2	hoja del archivo oficial
P46	EIR 2018 · 234	4	hoja del archivo oficial
P47	EIR 2018 · 184	3	hoja del archivo oficial
P48	EIR 2018 · 176	3	hoja del archivo oficial
P49	EIR 2018 · 141	3	hoja del archivo oficial
P50	EIR 2017 · 184	3	
P51	EIR 2017 · 38	3	

N°	Pregunta	Respuesta oficial	Notas
P52	EIR 2017 · 34	3	
P53	EIR 2015 · 147	2	reconstruida por un tercero
P54	EIR 2013 · 102	2	reconstruida por un tercero
P55	EIR 2006 · 68	3	reconstruida por un tercero

Fuentes

- **F1** Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud (preámbulo). En: Documentos básicos, 49.ª edición. Ginebra: OMS; 2020. · https://apps.who.int/gb/bd/pdf_files/BD_49th-sp.pdf · consultada 2026-09-25
- **F2** Organización Mundial de la Salud. Promoción de la salud. Glosario (WHO/HPR/HEP/98.1). Ginebra: OMS; 1998. Edición española del Ministerio de Sanidad y Consumo. · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/glosario/docs/glosario.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F3** World Health Organization. Health promotion glossary of terms 2021. Ginebra: OMS; 2021. · <https://www.who.int/publications/i/item/9789240038349> · consultada 2026-09-25
- **F4** Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Una conferencia internacional sobre la promoción de la salud: hacia un nuevo concepto de la salud pública. Ottawa, 17-21 de noviembre de 1986 (versión española publicada por el Ministerio de Sanidad). · <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/docs/CartaOttawa.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F5** Rivera de los Santos F, Ramos Valverde P, Moreno Rodríguez C, Hernán García M. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev Esp Salud Pública. 2011;85(2):129-139. · https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol85/vol85_2/R_S852C_129.pdf · consultada 2026-09-25
- **F6** Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? Informe SESPAS 2016. Gac Sanit. 2016;30(S1):93-98. · <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.06.004> · consultada 2026-09-25
- **F7** Lalonde M. A New Perspective on the Health of Canadians. Ottawa: Government of Canada (Minister of National Health and Welfare); 1974. · <https://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F8** Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Estocolmo: Institute for Futures Studies; 1991 (reedición Arbetsrapport 2007:14). · <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8UVQv2wQFShMRF6cuT.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F9** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Guía metodológica para integrar la equidad en las estrategias, programas y actividades de salud. Madrid; 2012. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/actividadDeDesarrollo/docs/Guia_metodologica_Equidad_EPAs.pdf · consultada 2026-09-25
- **F10** Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2006. · <https://iris.who.int/handle/10665/107790> · consultada 2026-09-25
- **F11** Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Avanzando hacia la equidad. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España (mayo de 2010). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/promoSaludEquidad/equidadYDesigualdad/estrategia/docs/Propuesta_Politicas_Reducir_Desigualdades.pdf · consultada 2026-09-25

- **F12** World Health Organization, Ministry of Social Affairs and Health of Finland. Health in all policies: Helsinki statement. Framework for country action. 8th Global Conference on Health Promotion. Ginebra: OMS; 2014. · <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506908> · consultada 2026-09-25
- **F13** Organización Mundial de la Salud. 9th Global conference on health promotion: global leaders agree to promote health in order to achieve Sustainable Development Goals (nota de prensa, 21 de noviembre de 2016). · <https://www.who.int/news/item/21-11-2016-9th-global-conference-on-health-promotion-global-leaders-agree-to-promote-health-in-order-to-achieve-sustainable-development-goals> · consultada 2026-09-25
- **F14** Organización Mundial de la Salud. The Geneva Charter for Well-being. 10th Global Conference on Health Promotion; 21 de diciembre de 2021. · <https://www.who.int/publications/m/item/the-geneva-charter-for-well-being> · consultada 2026-09-25
- **F15** Organización Mundial de la Salud. Social connection linked to improved health and reduced risk of early death (nota de prensa sobre el informe de la Comisión de la OMS sobre Conexión Social, 30 de junio de 2025). · <https://www.who.int/news/item/30-06-2025-social-connection-linked-to-improved-health-and-reduced-risk-of-early-death> · consultada 2026-09-25
- **F16** Organización Mundial de la Salud. Health promotion: global conferences on health promotion (páginas de la 1.ª a la 10.ª conferencia, 1986-2021). · <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing> · consultada 2026-09-25
- **F17** Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Pública 2022 (ESP 2022). Mejorando la salud y el bienestar de la población. Aprobada por el Consejo Interterritorial del SNS el 22 de junio de 2022. Madrid; 2022. · https://www.sanidad.gob.es/organizacion/planesEstrategias/saludPublica/docs/Estrategia_de_Salud_Publica_2022.pdf · consultada 2026-09-25
- **F18** Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible (Agenda 2030). · <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/> · consultada 2026-09-25
- **F19** Instituto Nacional de Estadística. Indicadores Demográficos Básicos. Metodología. Madrid: INE; noviembre de 2024. · https://www.ine.es/metodologia/t20/metodologia_idb.pdf · consultada 2026-09-25
- **F20** Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población e Indicadores Demográficos Básicos. Año 2024 (nota de prensa, 19 de noviembre de 2025). · <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/MNP2024.htm> · consultada 2026-09-25
- **F21** Organización Mundial de la Salud. Mortalidad materna. Nota descriptiva, 7 de abril de 2025. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality> · consultada 2026-09-25
- **F22** WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Ginebra: OMS; 2014. · https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/9789241507226_eng.pdf · consultada 2026-09-25
- **F23** Ministerio de Sanidad y Política Social, Instituto de Información Sanitaria. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud. Fichas técnicas. Edición 2010. · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/Fichas_INCLASNS.pdf · consultada 2026-09-25
- **F24** Ministerio de Sanidad. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud (INCLASNS). Actualización año 2025. Metodología. · https://inclasns.sanidad.gob.es/doc/Metodologia_INCLASNS_V2.pdf?v=2.3 · consultada 2026-09-27
- **F25** Instituto Nacional de Estadística. Estadística de Defunciones según la Causa de Muerte. Año 2025. Datos provisionales (nota de prensa, 30 de junio de 2026). ·

<https://www.ine.es/dyngs/Prensa/pEDCM2025.htm> · consultada 2026-09-25

- **F26** Organización Panamericana de la Salud. La estandarización: un método epidemiológico clásico para la comparación de tasas. Boletín Epidemiológico. 2002;23(3). Copia de la Wayback Machine de la URL oficial (enero de 2026). · https://web.archive.org/web/20260109012101/https://www3.paho.org/Spanish/SHA/be_v23n3-estandariz.htm · consultada 2026-09-25
- **F27** Ministerio de Sanidad. Encuesta de Salud de España 2023. Nota técnica. Principales resultados (27 de mayo de 2025). · https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaSaludEspana/ESdE2023/ESdE2023_notatecnica.pdf · consultada 2026-09-25
- **F28** Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Madrid; 2014. · <https://www.sanidad.gob.es/en/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf> · consultada 2026-09-27
- **F29** Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Salud de España (ESdE). Año 2023 (nota de prensa). · <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/ESdE2023.htm> · consultada 2026-09-25
- **F30** Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud. Año 2006 (nota de prensa, 13 de marzo de 2008). · <https://www.ine.es/prensa/np494.pdf> · consultada 2026-09-25
- **F31** León Barúa R, Berenson Seminario R. Medicina teórica. Definición de la salud. Revista Médica Herediana. 1996;7(3):105-107 (exposición de los criterios de Laín Entralgo, Antropología médica para clínicos, Salvat, 1986, pp. 179-202; pp. 105-106). Texto leído en el PDF de SciELO Perú. · <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n3/v7n3e1> · consultada 2026-09-28
- **F32** Allicock M, Sandelowski M, DeVellis B, Campbell M. Variations in meanings of the personal core value «health». Patient Educ Couns. 2008;73(2):347-353 (apartado 4.2: concepciones de la salud de Smith JA, The idea of health: a philosophical inquiry, Adv Nurs Sci 1981;3(3):43-50). Manuscrito de autor en PMC (PMC2633415), leído con las E-utilities del NCBI. · <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2633415/> · consultada 2026-09-28
- **F33** 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
- **F34** 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. · https://www.fundacionnutricional.org/wp-content/uploads/2016/12/INFORME_AF_LARGO_2016v.pdf · consultada 2026-09-28
- **F35** Organización Mundial de la Salud. Enfermedades no transmisibles. Nota descriptiva, 25 de septiembre de 2025. · <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> · consultada 2026-09-28
- **F36** Alvarado García AM. Experiencia de cuidar a un paciente con enfermedad crónica después de recibir una capacitación. Revista Salud Uninorte (Barranquilla). 2010;26(2):232-249 (introducción: definición de

cronicidad de Curtin y Lubkin, 1998). Texto leído en SciELO Colombia. · http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522010000200007 · consultada 2026-09-28

- **F37** Comunidad de Madrid. Informe del Estado de Salud de la Población de la Comunidad de Madrid (IESP) 2026: índice general (<https://www.comunidad.madrid/salud/informe-estado-salud-poblacion-2026>) e «Indicadores sobre determinantes de la salud» (páginas web). · <https://www.comunidad.madrid/salud/iesp-determinantes-salud> · consultada 2026-09-28
- **F38** 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 corregida, NIPO 133-25-110-8; p. 56). · https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/local/estrategia/herramientas/docs/Guia_Accion_Comunitaria_Ganar_Salud.pdf · consultada 2026-09-28

Pendiente de verificar

- Hernán San Martín y el peso del medio ambiente y el modo de vida en la salud (EIR2006-070): no se intercala. Refuerzo del 28/09: cinco búsquedas; su libro «Salud y enfermedad» solo está en copias de terceros (Internet Archive, repositorios de apuntes) y material de cursos; un artículo de Ciência & Saúde Coletiva (SciELO Brasil) sobre su trayectoria cita su cadena de causalidad (estructura socioeconómica, riesgos del ambiente de vida, conducta), pero no dice de qué depende la salud «en su mayor proporción».
- Estilos de vida como comportamientos aprendidos (EIR2006-071): el glosario de la OMS dice que son patrones sujetos a cambio y condicionados socialmente, pero no usa la palabra «aprendidos»; no se intercala. Refuerzo del 28/09: dos búsquedas (español) y PubMed (Kickbusch, Life-styles and health, Soc Sci Med 1986, sin resumen); las páginas oficiales de la Escuela Cantabra de Salud y de la Comunidad de Madrid sobre estilos de vida tampoco dicen «aprendidos».
- Vida cotidiana como articulación de procesos biológicos y sociales (EIR2013-102): sin fuente oficial abierta. Refuerzo del 28/09: cuatro búsquedas; Laurell 1982 solo está en una copia de terceros y no lo dice; Breilh (Salud Colectiva 2010, SciELO) habla de procesos biológicos socialmente determinados, pero no de la vida cotidiana; SciELO Cuba no respondía. (Las enfermedades crónicas, EIR2012-076, se resolvieron con la OMS y Salud Uninorte.)