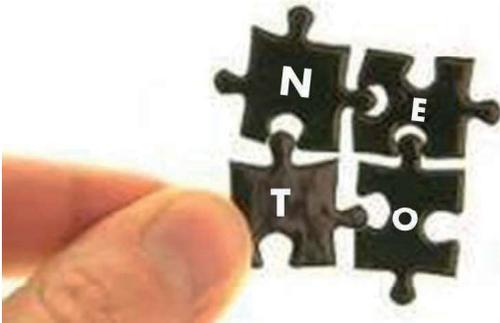


CAPÍTULO 1. PLANIFICACIÓN SANITARIA

1. CONCEPTO Y TIPOS DE PLANIFICACIÓN SANITARIA

Existen numerosas **definiciones** de planificación sanitaria, de diferentes autores. En general hacen referencia a tomar decisiones bien informadas que permitan emprender acciones para alcanzar objetivos de salud. Debe ser un proceso dinámico, continuo y prospectivo, mediante el que esas decisiones actuales podrán mejorar escenarios futuros.



Pueden distinguirse **4 niveles** de planificación (regla nemotécnica: "NETO"):

- **Planificación Normativa**, cuyo producto es la política de salud. También llamada planificación política.
- **Planificación Estratégica**, cuyo producto es el plan de salud.
- **Planificación Táctica**, cuyo producto es el programa de salud. También se llama planificación estructural.
- **Planificación Operativa**, que consiste en la organización práctica para la puesta en marcha o ejecución del programa de salud.

Nivel de Planificación	Producto
Normativa (o Política)	Política de salud
Estratégica	Plan de salud
Táctica (o Estructural)	Programa de salud
Operativa	Puesta en marcha

Ref. Pineault, R. et. al. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias.*

Al ir descendiendo en el nivel de planificación, también se reduce su ámbito temporal y geográfico:

- La **planificación normativa** establece objetivos a largo plazo, en ámbito geográfico internacional (p.ej. políticas de salud de la UE) o nacional;
- La **planificación estratégica** establece los objetivos de sus planes de salud a medio plazo, en ámbito nacional o regional/autonómico (p.ej. Plan de salud de Asturias);

- La **planificación táctica** establece los objetivos de sus programas en plazo medio o corto, para un ámbito territorial autonómico/regional o en un área de salud (p.ej. programa de detección precoz del cáncer de mama);
- La **planificación operativa** se plantea a corto plazo, para organizar y proceder a la puesta en marcha de los programas a nivel local (p.ej. en un centro de atención primaria de una zona básica de salud).

INSALUD 1989: Cuál es, según Pineault, el tipo de planificación más apropiado para desarrollar en el nivel local:

- 1) Normativa y estratégica
- 2) Táctica
- 3) Operativa *
- 4) Ninguna de las anteriores

CANTABRIA 2019: Con respecto a la planificación sanitaria y sus diversos tipos, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Cuando se diseña un programa de salud se está en el nivel normativo de la planificación sanitaria.*
- b) Durante la planificación estratégica se usa con frecuencia el análisis DAFO (SWOT en inglés).
- c) Obtener una cobertura vacunal del 90% frente al sarampión y la rubéola en los niños de 15 meses es un ejemplo de planificación operativa.
- d) El cuadro de mandos integral (CMI) se utiliza en el ámbito operativo, en el día a día, mide continuamente los resultados definidos en el plan estratégico.

1.1. PLANIFICACIÓN NORMATIVA: POLÍTICA DE SALUD.

La planificación normativa es el nivel superior de planificación, con **objetivos políticos**, también llamados **objetivos normativos** (porque se recogen en normas elaboradas en el ámbito político: leyes, decretos...).



Estos objetivos políticos se refieren a aspectos relacionados con el "modelo" o "misión" del sistema, p.ej. impulsar la equidad en el acceso, la orientación hacia la sostenibilidad y eficiencia del sistema, etc.

En España, desde la Ley General de Sanidad de 1986 se dispone del modelo de **Sistema Nacional de Salud** (SNS, inspirado en el modelo del "National Health Service" británico de 1948). La equidad en el acceso a las prestaciones sanitarias para los ciudadanos es un principio básico del SNS. En este sistema, los riesgos económicos individuales asociados al coste de los servicios de protección de la salud se reparten entre todos los ciudadanos, y para ellos **financia principalmente** –aunque no exclusivamente– **por los impuestos** (presupuestos generales del Estado y de las CCAA); todo ello **a diferencia del anterior modelo de Seguridad Social**, cuya protección estaba vinculada al trabajo y que se sostenía por las cuotas empresariales y salariales al sistema de protección social (*aunque coloquialmente los pacientes sigan acudiendo al "médico de la seguridad social"*).

En la actualidad, las cotizaciones a la **Seguridad Social** se emplean para la financiación de diversas prestaciones (p.ej. pensiones, bajas laborales...) y **NO para la asistencia sanitaria, con la excepción de la atención de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales en mutuas colaboradoras de este organismo**. Existen además otras fuentes de financiación de la asistencia sanitaria pública, aunque de menor relevancia (p.ej. tasas por la prestación de determinados servicios).

INSALUD 1997: La Ley General de Sanidad (Ley 14/1986 de 25 de abril), supone un cambio en el sistema sanitario español. Respecto a este cambio, señale la respuesta correcta:

- 1) Paso de un modelo de servicio nacional de salud a un sistema nacional de salud.
- 2) Paso de un modelo de pago por acto médico a un sistema nacional de salud.
- 3) Paso de un sistema de seguridad social a un sistema nacional de salud.*
- 4) Paso de un sistema nacional de salud a un sistema de seguridad social.
- 5) Paso de un sistema de seguros voluntarios a un sistema nacional de salud.

ANDALUCÍA 1998: Son características del sistema público sanitario de Andalucía las siguientes EXCEPTO:

- a) Universalización de la asistencia a todos los ciudadanos.
- b) Regulación y planificación controlada desde niveles políticos.
- c) Financiación absoluta a través de cuotas salariales y empresariales obligatorias.*
- d) Accesibilidad y equidad.
- e) Unificación del modelo de asistencia sanitaria e integración de las redes públicas.

MADRID 2006: En la actualidad, el Sistema Sanitario Español se corresponde prioritariamente con:

- a) Un modelo liberal de libre competencia.
- b) Un modelo de seguros voluntario.
- c) Un modelo de aseguramiento a través de seguros sociales obligatorios.
- d) Un modelo financiado por impuestos.*

ASTURIAS OPE-FEA 2017: Los sistemas sanitarios tipo "Sistema Nacional de salud" se caracterizan por:

- a) La cobertura depende de la capacidad económica individual y el coste de la prima
- b) Los costes de transacción suelen ser muy elevados por la necesidad de un complejo entramado administrativo
- c) Los riesgos económicos asociados al coste de los servicios de protección de la salud se diluyen entre toda la población.*
- d) La aportación económica se relaciona con los servicios cubiertos y las condiciones en que se prestan

ANDALUCÍA 2018 (OPE-FEA): El Sistema Sanitario Público de Andalucía se financia fundamentalmente con cargo a diferentes recursos EXCEPTO:

- a) Presupuestos de la Junta de Andalucía
- b) Rendimientos de tributos cedidos por el Estado
- c) Los recursos por la participación de la Junta de Andalucía en los Presupuestos del Estado
- d) Las cotizaciones a la Seguridad Social por actividad laboral.*

EXTREMADURA 2018: La financiación de la asistencia sanitaria prestada se realizará con cargo a:

- a) Cotizaciones sociales
- b) Transferencias del Estado
- c) Cotizaciones sociales y transferencias del Estado
- d) Cotizaciones sociales, transferencias del Estado, tasas por la prestación de determinados servicios, aportaciones de las Comunidades Autónomas y de las Corporaciones Locales y tributos estatales cedidos.*

Nota: La respuesta es correcta porque se trata del enunciado literal del artículo 79.1 de la Ley General de Sanidad de 1986. No obstante, en la actualidad las cotizaciones sociales NO contribuyen a la financiación de la asistencia sanitaria, con la excepción de los gastos sanitarios derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales a través de mutuas de trabajo colaboradoras de la Seguridad Social.

MADRID 2019: Díganos cuál considera que es la respuesta INCORRECTA de las que le ofrecemos a continuación:

- a) El sistema sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza en un área sanitaria única integrada por el conjunto del territorio de la Comunidad de Madrid.
- b) El sistema sanitario de la Comunidad de Madrid se organiza en una red sanitaria única de utilización pública.
- c) El sistema sanitario público de la Comunidad de Madrid se financiará con cargo exclusivo a los impuestos de los ciudadanos de la Comunidad de Madrid.*
- d) La Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid es autoridad sanitaria.

La **Constitución de 1978**, en su **Título I** (de los derechos y deberes fundamentales), **capítulo III** (de los principios rectores de la política social y económica), **artículo 43**, reconoce el derecho a la protección de la salud, y establece que los poderes públicos deben organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios.

ARAGÓN 1990: Nuestro Texto Constitucional reconoce el derecho a la protección de la salud de los ciudadanos en su artículo

- 1) 41.1
- 2) 41.2
- 3) 43.*
- 4) 45
- 5) 149

MADRID 2006: La Constitución española reconoce el derecho a la protección de la salud en el:

- 1) Artículo 52
- 2) Artículo 43.*
- 3) Artículo 50
- 4) Artículo 49

CASTILLA-LA MANCHA 2007: La Constitución Española recoge el derecho a la protección de la salud:

- 1) En el Título Preliminar.
- 2) En el Título I.*
- 3) En el Título X.
- 4) No lo recoge.

MADRID 2009: De conformidad con lo previsto en la Constitución española señale qué compete a los Poderes Públicos en relación con el derecho a la protección de la salud:

- Promover la salud
- Velar por la salud
- Organizar los servicios sanitarios privados
- Organizar y tutelar la salud pública*

ARAGÓN 2009: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones, es correcta?

- El derecho a la protección de la salud se recoge en el artículo 43 de la Constitución Española y en el artículo 14 del Estatuto de Autonomía de Aragón.*
- El derecho a la protección de la salud se consagra como un derecho y una libertad en la Constitución.
- El Estatuto de Autonomía de Aragón contempla el derecho a la salud como un principio rector de las políticas públicas.
- Ninguna de las anteriores afirmaciones es correcta.

CASTILLA LA MANCHA 2010: Respecto a la salud, la Constitución Española reconoce en su Art. 43:

- El modelo del sistema sanitario español.
- Las competencias de las instituciones sanitarias.
- El derecho a la protección de la salud.*
- Los derechos y deberes de los usuarios del sistema sanitario.

EXTREMADURA 2013 (MFYC): ¿Qué artículo de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud?

- El 40
- El 41
- El 42
- El 43*

ARAGÓN 2014: La Constitución Española de 1978 configura el derecho a la protección de la salud como:

- Un derecho fundamental de la persona.
- Un derecho de los españoles.
- Un principio rector de la política social y económica y, como tal, un mandato al legislador para que lo desarrolle.*
- Un derecho exigible ante cualquier tribunal jurisdiccional.

MADRID 2014: La protección a la salud en la Constitución Española se contempla dentro del capítulo dedicado a:

- A los principios rectores de la política social y económica.*
- Los derechos y deberes de los ciudadanos
- Derechos y libertades
- Los derechos fundamentales y las libertades públicas

ASTURIAS OPE-FEA 2017: El artículo 43 de la Constitución española reconoce:

- El deber de secreto profesional al que están sujetos los médicos
- El derecho a la protección de la salud.*
- El derecho a la educación sanitaria, la educación física y el deporte
- El derecho a la vigilancia de la salud

En 1986, la **Ley General de Sanidad** (LGS, Ley 14 de 25 de abril de 1986) estableció en su artículo 1.2 que "son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional". Su aplicación permitía el derecho a la asistencia sanitaria, en las mismas condiciones que los españoles, a los extranjeros inscritos en el padrón municipal, entre otros casos.

En el texto de la LGS se define por primera vez el **Sistema Nacional de Salud (SNS)**, formado por *todas las estructuras y servicios públicos al servicio de la salud*, tanto a nivel central como territorial, y entre cuyas características generales se incluye "la extensión de sus servicios a toda la población".

CASTILLA Y LEÓN (Técnicos Salud) 2006: La Ley General de Sanidad dispone que son titulares del derecho a la atención sanitaria:

- Todos los españoles.
- Todos los españoles y extranjeros que se encuentren en el territorio nacional.
- Todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.*
- Todos los españoles, y además cualquier extranjero que se encuentre en situación de urgencia vital.

ANDALUCIA 2007: Según la Ley General de Sanidad, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria:

- Los españoles y los extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.*
- Los españoles siempre y los extranjeros sólo en los casos de urgencia o accidente.
- Los españoles siempre y los extranjeros sólo en caso de embarazo.
- Los españoles y los extranjeros cuando se encuentren en territorio español.

LA RIOJA 2018: De acuerdo con el artículo uno de la Ley 14/1986 de 25 de abril, General de Sanidad, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria:

- Todos los españoles.
- Todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.*
- Todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que se encuentren en España.
- Todos los españoles y los ciudadanos extranjeros de la Unión Europea que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.

MURCIA 2019: Según el artículo 1 de la Ley General de Sanidad, son titulares del derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria:

- Todos los españoles y los ciudadanos de Europa.
- Todos los ciudadanos que estando en territorio nacional precisen asistencia sanitaria.
- Solo los ciudadanos españoles.
- Todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional.*

En 2003, la **Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, menciona de nuevo que *son titulares de los derechos a la protección de la salud y a la atención sanitaria todos los españoles y los extranjeros en el territorio nacional*.

En 2012, el **Real Decreto-ley 16/2012, de medidas de sostenibilidad para el SNS**, estableció que los **extranjeros no autorizados como residentes** en España, sólo podrían recibir asistencia sanitaria de urgencia por enfermedad grave o accidente, hasta la situación de alta médica, y de asistencia al embarazo, parto y postparto. En todo caso los menores de 18 años deberían recibir asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los españoles

En 2018 se aprobó el **Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al SNS** que estableció que “las personas extranjeras no registradas ni autorizadas como residentes en España tienen derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria en las mismas condiciones que las personas con nacionalidad española”, si bien se establecieron limitaciones para este último colectivo, para no tener que asumir con fondos públicos del SNS español la atención de quienes tuvieran cobertura de la prestación sanitaria por otra vía, ni exportar ese derecho a otros países.

MIR 2017: ¿Cuáles son las características del sistema sanitario español?

- 1) Financiación pública, cobertura universal, asistencia sanitaria integral, equidad basada en la accesibilidad y descentralización territorial. *
- 2) Financiación pública, cobertura universal, asistencia sanitaria integral, eficacia y centralización territorial.
- 3) Financiación mixta (pública y privada), gestión mixta (pública y privada) y centralización territorial.
- 4) Financiación por cuotas de la seguridad social, gestión mixta (pública y privada) y descentralización territorial.

1.2. PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA: PLAN DE SALUD.

Es un segundo nivel de planificación, que ya no se refiere tanto a un modelo político (aunque en parte pueda contemplarlo), sino a **establecer prioridades entre diferentes problemas y necesidades de salud.**

El producto de la planificación estratégica es el **plan de salud**, plan estratégico o plan director de las actuaciones de salud, un documento en el que se recogen tres actuaciones de la planificación sanitaria:

- Identificación de posibles **necesidades y problemas** de salud;
- Establecimiento de **prioridades** entre los diferentes problemas y necesidades identificados;
- Formulación de los grandes **finés u objetivos** estratégicos a alcanzar.

Además, el plan de salud deberá incluir también un procedimiento de **evaluación** (por ser una etapa común a todos los niveles de planificación, como se verá más adelante).



El producto de la planificación estratégica es el Plan de Salud

PAÍS VASCO 1996: Dentro de los diferentes tipos de planificación, la planificación estratégica se caracteriza por

- 1) Perseguir grandes objetivos del sistema como la equidad
- 2) Asociarse a una organización hospitalaria pero no a la de un centro de atención primaria
- 3) Tener como producto en esta etapa al programa
- 4) Formalizar un plan director. *

ANDALUCIA 1998: Agrupando los niveles de planificación en tres escalas (política/normativa, estratégica y táctica/operativa) señala la correspondencia correcta entre las siguientes opciones:

- 1) Planificación política/normativa = Plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud
- 2) Planificación estratégica = Plan andaluz de salud *
- 3) Planificación táctica/operativa = Ley del Servicio Andaluz de Salud
- 4) Planificación estratégica = Ley de Salud de Andalucía
- 5) Planificación política/normativa = Programa de Salud Materno Infantil

- En general, cuando se habla de **plan de salud** (sin más especificación), se refiere al plan de una **comunidad autónoma**, aunque también existen “planes de salud” (así denominados) de áreas de salud o de grandes municipios.
- Cuando se menciona el **plan integrado de salud** se refiere al plan de salud del **Estado**, contemplado en la legislación, pero nunca llevado a cabo, más allá de que existan ciertas estrategias sectoriales de nivel estatal, llamadas **planes “integrales”** p.ej. el plan integral de cardiopatía isquémica. En este ámbito también se incluyen recientes estrategias nacionales, como la de seguridad del paciente o la de cronicidad (ver temas específicos), que han sido también replicadas con planes específicos de estos ámbitos por algunas CCAA.

La coordinación del Plan Integrado de Salud es una de las competencias del **Consejo Interterritorial del SNS**, que es el órgano permanente de coordinación, cooperación, comunicación e información entre los servicios de salud de las CCAA y con la Administración del Estado. Para ello cuenta con la representación de todas las CCAA (Consejeros de Sanidad) y de la administración central (Ministerio de Sanidad o equivalente).

EXTREMADURA 2013 (A. CONTINUADA): ¿Cuál de los siguientes es el principal instrumento u órgano de configuración y cohesión del Sistema Nacional de Salud?

- a) El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. *
- b) El Consejo Económico y Social del Estado.
- c) La Mesa Sectorial de Sanidad.
- d) El Consejo de Ministros.

1.3. PLANIFICACIÓN TÁCTICA O ESTRUCTURAL: PROGRAMA DE SALUD.

A partir de la **planificación táctica** (también se denomina planificación estructural, pero es un término menos utilizado) se hace referencia al **programa de salud**. Existen tres elementos clave en la definición del programa de salud y en las etapas de este nivel de planificación:

- Formulación de los **objetivos** del programa
- Determinación de las **actividades** para alcanzarlos
- Previsión de los **recursos** necesarios



COM. VALENCIANA 1992: ¿Que es un programa de salud?

- 1) Conjunto de actividades organizadas para conseguir un objetivo definido en una población determinada *
- 2) Conjunto de protocolos destinados a conseguir un fin en una población determinada
- 3) Conjunto de criterios elaborados para conseguir un propósito en una población determinada
- 4) Todos los anteriores

MADRID 2006: Con qué tipo de planificación se asocia la elaboración de programas:

- 1) Planificación normativa.
- 2) Planificación estratégica.
- 3) Planificación táctica.*
- 4) Planificación operativa.

INSALUD 1997: ¿Cuál de las siguientes etapas corresponde a la planificación táctica?:

- 1) Identificación de los problemas.
- 2) Previsión de recursos necesarios.*
- 3) Puesta en marcha del programa.
- 4) Fijación de los fines.
- 5) Establecimiento de prioridades.

MADRID 2009: ¿Cuál de las siguientes etapas NO se corresponde al tipo de planificación táctica o estructural?

- a) Fijación de objetivos generales y específicos
- b) Determinación de actividades para alcanzar los objetivos
- c) Previsión de los recursos necesarios
- d) Identificación de problemas *

1.4. PLANIFICACIÓN OPERATIVA: EJECUCIÓN / ACCIÓN.

Finalmente, la planificación no consiste sólo en el diseño de políticas (normativa), planes (estratégica) o programas (táctica). También requiere de un nivel más práctico u "operativo", en el que se incluyen dos actuaciones:

- **El establecimiento de "objetivos operativos"**, que son los relativos a la organización a nivel local de los recursos, actividades, tiempo y espacios donde desarrollar los programas.
- **La propia puesta en marcha** (ejecución o "implementación") de los programas.

INSALUD 1989: La puesta en marcha del programa forma parte de

- 1) Planificación Normativa
- 2) Planificación Operativa *
- 3) Planificación Táctica-Estructural
- 4) Planificación Estratégica

INSALUD 1989:Cuál es, según Pineault, el tipo de planificación más apropiado para desarrollar en el nivel local:

- 1) Normativa y estratégica
- 2) Táctica
- 3) Operativa *
- 4) Ninguna de las anteriores

2. ETAPAS DE LA PLANIFICACIÓN SANITARIA

Existen sucesivas etapas, que se vinculan con los diferentes niveles de planificación sanitaria:

Etapa de la planificación	Nivel de planificación
1. Análisis de situación: identificación de problemas y necesidades de salud	Estratégica * (Plan de salud)
2. Establecimiento de prioridades	
3. Fijación de fines / objetivos estratégicos	
4. Establecimiento de objetivos (del programa de salud: generales y específicos)	Táctica o estructural (Programa de salud)
5. Determinación de las actividades necesarias	
6. Previsión de los recursos necesarios	
7. Organización práctica (operativa) y puesta en marcha del programa	Operativa
8. Evaluación	A todos los niveles

(*) *NOTA: Los planes de salud corresponden fundamentalmente a la planificación estratégica, pero algunos de ellos también pueden incluir objetivos de tipo normativo/ político. De aquí en adelante ya no se mencionará dicha planificación normativa/política, puesto que se encuentra influida por determinados factores (ideologías, etc...) que no se corresponden con el ámbito de este texto.*

PAÍS VASCO 1996:Cuál de las siguientes etapas debería realizarse previamente al desarrollo de un programa concreto de salud:

- 1) Determinación de objetivos
- 2) Identificación de problemas y necesidades.*
- 3) Determinación de actividades
- 4) Movilización y coordinación de recursos

NAVARRA 2009: ¿Cuál de las siguientes afirmaciones es correcta respecto a las fases de planificación?

- a) En la planificación operativa se marcan los objetivos generales y específicos
- b) En la planificación táctica se realiza la organización de medios, de recursos, del tiempo y del espacio.
- c) En la fase estratégica se identifican los problemas y necesidades de salud y se priorizan *
- d) Todas las anteriores son correctas

CANTABRIA 2017: En la planificación sanitaria, ¿cuál de las siguientes afirmaciones NO es correcta?

- a) La planificación estratégica se concreta en el Plan de Salud.
- b) El desarrollo de actuaciones y calendario de ejecución corresponden a la planificación operativa.
- c) Una de las fases de la planificación estratégica es la distribución de los recursos.*
- d) La definición de la misión de una organización forma parte de la planificación normativa.

CASTILLA Y LEÓN (P.I.) 2016: Dentro de los componentes y las fases de los programas de salud comunitaria se encuentran:

- Análisis de la situación de salud.
- Establecimiento de prioridades y formulación de objetivos.
- Diseño de intervenciones.
- Todos.

Nota: Esta pregunta recoge la secuencia general de planificación, pero es discutible el uso de la palabra "programas".

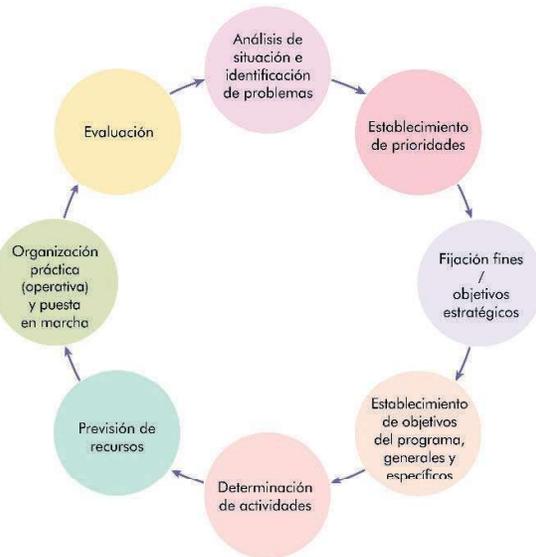
ARAGÓN 2017:Cuál de estos órdenes es el correcto en relación a las etapas de elaboración de un programa sanitario:

- Identificación de problemas – Determinar objetivos – Establecer prioridades – Determinar actividades.
- Identificación de problemas – Establecer prioridades – Determinar objetivos – Determinar actividades.
- Identificación de problemas – Establecer prioridades – Determinar actividades – Determinar objetivos.
- Determinar objetivos – Identificación de problemas – Establecer prioridades – Determinar actividades.

Nota: Esta pregunta recoge la secuencia general de planificación, pero es discutible el uso de la palabra "programa"

ANDALUCÍA 2019: Se está planificando la implantación de un programa de salud para mejorar los estilos de vida de una población concreta (un área de salud). Esta planificación ha identificado los problemas, ha establecido las prioridades, ha fijado los objetivos y se encuentra en el momento de determinar las actividades necesarias para alcanzar dichos objetivos. En ese punto se está realizando:

- Una planificación normativa.
- Una planificación operativa.
- Una planificación estratégica.
- Una planificación estructural.*



Etapas de la planificación sanitaria

3. ANÁLISIS DE SITUACIÓN: PROBLEMAS Y NECESIDADES

El diagnóstico o análisis de la situación es el primer paso en la planificación. Su objetivo es la identificación de **problemas y necesidades de salud**.

3.1. PROBLEMA DE SALUD

Un **problema de salud** es una perturbación del estado de salud (en sentido amplio, no exclusivamente clínico), que está presente en una comunidad, y que continuará o aumentará en el futuro en caso de no actuar sobre él.

3.2. NECESIDAD DE SALUD

Necesidad es la diferencia entre un problema de salud (actual o futuro) y la situación de salud deseada. Es lo que hace falta en la situación observada o detectada, para hacer que se convierta en la situación deseada. Las necesidades de salud pueden ser de 4 tipos:

- **Necesidad normativa:** La que define un experto, con respecto a un estándar o situación óptima.



- **Necesidad comparativa:** La que debería tener una comunidad por tener las mismas condiciones que otra, de la que ya se conocen sus necesidades.
- **Necesidad sentida:** La que percibe la población sobre los problemas de salud o servicios de que dispone.
- **Necesidad expresada:** La que se refleja en una demanda de cuidados o servicios por parte de la población.

CASTILLA Y LEÓN (Técnicos Salud) 2006: En planificación sanitaria, la necesidad que se refleja en la demanda de servicios se denomina:

- Necesidad normativa.
- Necesidad sentida.
- Necesidad expresada.*
- Necesidad comparativa.

COM. VALENCIANA 2010: El concepto de necesidad sentida sobre la salud de una población es:

- La que define el experto sobre un estándar óptimo.
- La que percibe la población sobre los problemas de salud o servicios de que dispone.*
- La que debería tener una comunidad, por ser similar a otra de la que se conocen sus necesidades.
- Es aquella que analiza objetivos mediante indicadores.

ASTURIAS OPE-FEA 2017: El concepto de necesidad sentida hace referencia a (indique la respuesta más adecuada):

- La necesidad objetivada por un experto, profesional en relación al estado actual de los conocimientos
- Equivale a la demanda de cuidados y de servicios
- Se refiere a la percepción que tenga la gente sobre los problemas de salud, o lo que desean como servicios de salud.*
- Equivale a la morbilidad diagnosticada

CASTILLA Y LEÓN 2018 (P.I.): El análisis de la información disponible para la identificación de los problemas de salud de la comunidad puede hacerse por estos métodos, EXCEPTO:

- Comparación con otras comunidades o con zonas más amplias.
- Tendencia en el tiempo.
- Priorización de problemas.*
- Vivencia del problema por la comunidad o por lo servicios que la atienden.

Nota: La priorización es la segunda etapa de planificación, no forma parte del análisis de situación.

PAÍS VASCO 2018: En el proceso comunitario, tras la fase de creación del grupo promotor de trabajo y de la red local, ¿cuál sería la etapa siguiente?:

- Priorizar las necesidades.
- Organizar la información recogida.
- Exploración de la comunidad.*
- Diseñar las intervenciones.

4. PLANTEAMIENTOS EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La identificación de problemas y necesidades puede hacerse mediante tres planteamientos o enfoques complementarios:

- Análisis mediante **indicadores**
- Análisis mediante **encuesta de salud**
- Análisis mediante **técnicas cualitativas o "enfoque de consenso"**

PAÍS VASCO 2015: ¿Cuál de las siguientes medidas no se considera necesaria para identificar los problemas de salud de la comunidad?

- Uso de información catastral.
- Realización de tomas de presión arterial a la población general.*
- Uso de los registros vacunales del Centro de Salud.
- Búsqueda de información en los boletines estadísticos de defunción

COM. VALENCIANA 2018: En cuanto a los métodos y técnicas para la identificación de problemas, determinación de necesidades y prioridades de salud, indique cuál de las siguientes técnicas de análisis NO es considerada una técnica cualitativa de búsqueda de consenso:

- Análisis de indicadores.
- Técnica Delphi.
- Técnica de observación participante.
- Entrevista con informadores clave.

ANULADA. En plantilla provisional dieron la a), ya que efectivamente los indicadores son un enfoque diferente al de consenso. Pero en las restantes opciones había otros errores que facilitaron la impugnación (ver más adelante).

5. ANÁLISIS DE SITUACIÓN MEDIANTE INDICADORES

Un **indicador** es una medida p. ej. Una tasa, razón, porcentaje... referido a algún fenómeno o característica de interés para el análisis de la población. Los indicadores deben cumplir una serie de características:

- Validez:** el indicador mide la característica que pretende medir.
- Fiabilidad** (precisión, estabilidad): su resultado no varía al repetir la misma medición.

- Sensibilidad:** es capaz de detectar pequeñas variaciones producidas en la característica medida.
- Especificidad:** el resultado no está influenciado por otros factores diferentes al de estudio.
- Accesibilidad** (disponibilidad): el indicador debe ser de fácil elaboración y con información accesible.
- Actualidad:** debe recoger la información sin excesivo retraso respecto al hecho que se mide.

NOTA: Algunos de estos términos (p.ej. sensibilidad, especificidad) se emplean también en el ámbito de epidemiología, se explicarán en su tema correspondiente adaptados a dicho contexto.

Los principales **indicadores** empleados en el análisis de situación incluyen:

- Indicadores de salud (los más relevantes)**
- Indicadores demográficos
- Indicadores socioeconómicos
- Indicadores específicos de los servicios de salud

5.1. INDICADORES DE SALUD

Los indicadores para medir el nivel de salud de una población son los más frecuentemente empleados, pueden clasificarse en:

- Indicadores negativos:** estados de "no salud" o de pérdida de salud: mortalidad, morbilidad, discapacidad, años de vida perdidos... Son los de uso más frecuente en los análisis de situación de salud.
- Indicadores positivos:** son los que realmente se refieren a la salud (frente a la "no salud") de la población: esperanza de vida, EV en buena salud... pero su uso es menos frecuente.

1. MORTALIDAD

La mortalidad es un indicador negativo de salud. Es el **más utilizado** en el análisis de la situación de salud de una población, dado que suele ser una información bastante accesible y actual. Sin embargo, también presenta carencias para recoger información sobre algunos problemas de salud y/o factores de riesgo que, a pesar de ser prevalentes, aparecen rara vez en los certificados como causa de defunción (p.ej. caries dental, hipertensión arterial...).

EXAMEN AP CATALUÑA 1996:Cuál de los siguientes grupos de indicadores es el que más se utiliza para valorar el nivel de salud de una población

- Morbilidad percibida
- Mortalidad*
- Morbilidad diagnosticada
- Calidad de vida
- Tasas de deficiencias, discapacidades y minusvalías

Entre los indicadores de mortalidad se incluyen:

- Tasas brutas** de mortalidad: indicador menos útil, porque está influido por la estructura de la población, especialmente por su envejecimiento.
- Tasas ajustadas** de mortalidad, que corrigen el efecto de la edad para establecer comparaciones válidas entre poblaciones de diferente estructura.
- Tasas de mortalidad específicas** (calculadas con respecto a la población, por 1.000 habitantes) o **proporcionales** (calculadas con respecto al total de fallecimientos, % fallecidos) por grupos de edad y por causas.

- **Tasas de mortalidad infantil:** neonatal precoz, neonatal tardía, neonatal, postneonatal, perinatal... (ver capítulo de demografía).
- **Tasas de mortalidad evitable o MIPSE** (mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable): serie de causas de muerte cuya presencia puede indicar disfunción en los servicios sanitarios (p.ej. fallecimiento por apendicitis aguda).

Las enfermedades del aparato circulatorio y los tumores son los dos principales grandes grupos de causas de muerte en España, conjuntamente suponen más del 50% del total de las defunciones.

2. AÑOS POTENCIALES DE VIDA PERDIDOS (APVP)

Los APVP cuantifican la “cantidad de vida potencial que se pierde” por cada una de las causas de muerte. Es un indicador negativo que refleja la **mortalidad prematura**, calculada en función de la edad de fallecimiento y la expectativa potencial de vida.

P.ej. si un individuo fallece a la edad de 30 años y la expectativa esperable de vida es de 80 años (cifra habitualmente consensuada para calcular este indicador) su pérdida de años potenciales de vida es de $\pm 49,5$ años (asumiendo que fallece a mitad de año de su edad).

EXAMEN AP CATALUÑA 1995: ¿Cuál es el grupo de enfermedades que origina más años potenciales de vida perdidos según el Plan de salud de Cataluña 1993-1995?:

1. Tumores.*
2. Enfermedades del aparato circulatorio.
3. Causas externas.
4. Enfermedades del aparato digestivo.
5. Enfermedades del aparato respiratorio.

MIR 1998: Para valorar el impacto de la mortalidad prematura en una comunidad, ¿cuál de los siguientes indicadores utilizaría?:

1. Años potenciales de vida perdidos.*
2. Índice de mortalidad estandarizado.
3. Razón de mortalidad comparativa.
4. Mortalidad por causas.
5. Mortalidad bruta.

NOTA: Existe información ampliada sobre mortalidad y APVP en el capítulo final de demografía de este libro.

3. MORBILIDAD

La morbilidad es un indicador negativo (pérdida de salud). Puede referirse a:

- **Morbilidad objetiva:** son los indicadores de morbilidad más frecuentemente empleados, basados en datos de incidencia (casos nuevos) o prevalencia (casos existentes) de enfermedad, morbilidad hospitalaria, etc....
- **Morbilidad subjetiva:** enfermedad percibida, sentida, basada en indicadores obtenidos de las encuestas de salud a la población (ver más adelante, en apartado específico).

CASTILLA-LA MANCHA 2010: A los casos de una enfermedad determinada existente en una población se le denomina:

- a) Tasa de incidencia
- b) Incidencia acumulada
- c) Prevalencia *
- d) Riesgo de incidencia

CASTILLA Y LEÓN (P.I.) 2016: Queremos realizar una investigación sobre una enfermedad muy prevalente y de baja letalidad en una población determinada, ¿Qué estadística vital sería más útil?

- a) Tasa específica de mortalidad por esa causa.
- b) Mortalidad proporcional por esa causa.
- c) Tasa específica de morbilidad por esa causa. *
- d) Esperanza de vida libre de enfermedad.

4. ÍNDICE Q

Con la combinación de varios indicadores se construyen índices. El índice Q es un **índice global de salud** que permite establecer comparaciones del nivel de salud entre distintos lugares y momentos, agrupando diferentes indicadores:

- Las tasas de mortalidad estandarizadas por edad
- Los años potenciales de vida perdidos
- Los días de hospitalización
- La frecuentación en consultas
- La población (denominador)

EXAMEN AP CATALUÑA 1995: El índice Q es

- 1) Un índice de utilización de servicios
- 2) Un índice de salud *
- 3) Un índice de esperanza de vida
- 4) Un índice de cobertura
- 5) Un índice de calidad de los servicios

NOTA: Aunque toma en cuenta la utilización de servicios (consultas, hospitalizaciones...), globalmente el índice Q es un índice de salud y no de utilización.

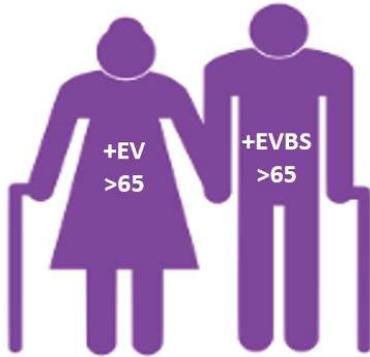
5. INDICADORES POSITIVOS: ESPERANZA DE VIDA, ESPERANZA DE VIDA EN BUENA SALUD Y OTROS

- La **esperanza de vida al nacer** es un indicador positivo que se calcula mediante un procedimiento demográfico denominado “tablas de vida”, que estima el número medio de años que una cohorte de personas viviría hipotéticamente si se cumplieran las tasas de mortalidad por edad que se dan en un momento dado en una población determinada.

En España la EV al nacimiento se sitúa en 80,4 años para los varones y 85,7 años para las mujeres (fuente: INE, 2017). También puede calcularse la EV una vez cumplida una determinada edad, p.ej.: EV a partir de los 65 años, que es de 19,1 años en varones y 23 años en mujeres (fuente: INE, 2017).

- La **esperanza de vida en buena salud (EVBS)** y la **esperanza de vida libre de incapacidad (EVLI)** son otros indicadores positivos, que no sólo valoran la cantidad de vida, sino también la calidad de los años vividos (al restar de la esperanza de vida una serie de indicadores negativos de discapacidad o reducción del nivel de salud).

En estos indicadores no existe un predominio femenino tan claro como en la esperanza de vida total. Así, *EVBS al nacer es ligeramente superior en las mujeres (64,1 años) que en los varones (63,9 años). Pero una vez cumplidos los 65 años, los hombres tienen en promedio 9,5 años de esperanza de vida en buena salud frente a los 8,9 años de las mujeres (fuente: INE, 2015).*



5.2. INDICADORES DEMOGRÁFICOS.

Muchos de los **indicadores de salud** señalados en el apartado anterior (mortalidad, esperanza de vida, APVP...) son también indicadores demográficos, puesto que se relacionan directamente con la estructura y evolución de las poblaciones.

Pero además existen **otros indicadores demográficos** que, aunque no reflejen directamente el nivel de salud, son de interés específico en planificación sanitaria (nº de habitantes, crecimiento poblacional, migraciones, natalidad, etc...). Ver capítulo de Demografía.

INSALUD 1997: Las siguientes tasas son utilizadas como indicadores sanitarios útiles en planificación, EXCEPTO una. Señálala:

- 1) Tasa de letalidad.
- 2) Tasa de mortalidad específica por causas.
- 3) Tasa de mortalidad perinatal.
- 4) Tasa de crecimiento natural.
- 5) Tasa de incidencia.

NOTA: La respuesta marcada, *tasa de crecimiento natural*, es un indicador demográfico, no tan relacionado con el nivel de salud como las restantes opciones. En todo caso, es discutible el uso del adjetivo "sanitarios" y no "del nivel de salud"

NAVARRA 1999: Uno de los siguientes índices es el que MENOS se usa para planificar la prestación de servicios y medir las necesidades geriátricas de un país o ciudad:

- a) Índice de envejecimiento.
- b) Índice de dependencia demográfica.
- c) Índice de natalidad. *
- d) Relación de dependencia de la vejez.
- e) Número de jubilados.

5.3. INDICADORES SOCIO-ECONÓMICOS

Existen también indicadores socio-económicos que son de interés en la planificación sanitaria. Como también se ha comentado para los indicadores demográficos, aunque no sean indicadores de salud, tienen una clara relación e influencia en la situación de salud de una comunidad. Entre ellos se incluyen:

- **Renta anual** (renta familiar o individual media), expresada en unidades monetarias.

- **Tasa de pobreza:** % de población que vive por debajo del umbral de pobreza (a su vez establecido con criterios de ingresos anuales y tamaño familiar).
- **Tasa de desempleo:** % de población desempleada respecto de la población activa. NOTA: Aunque coloquialmente se suele asumir que la población "activa" es sinónimo de población "ocupada", no es así; la población activa es la población en edad y condiciones de trabajar, incluye población ocupada + población desempleada.
- **Otros indicadores:** Nivel de instrucción o estudios, tasa de analfabetismo, etc...

ASTURIAS OPE-FEA 2017: La planificación es un proceso caracterizado por todo lo siguiente, EXCEPTO:

- a) No estar influido por el contexto social y económico en que se desarrolla. *
- b) Programar la evaluación de todo el proceso
- c) Ser un proceso continuo y dinámico
- d) La necesidad de administrar adecuadamente los recursos con el fin de conseguir su adecuación a los fines

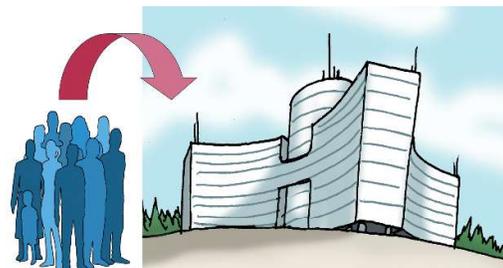


5.4. INDICADORES DE LOS SERVICIOS DE SALUD (DOTACIÓN Y UTILIZACIÓN)

Los indicadores de los servicios de salud incluyen los que se refieren a la **dotación** (disponibilidad, oferta...) de recursos (p.ej. *nº de camas por mil habitantes, nº de médicos por mil habitantes, nº de equipos de alta tecnología por cien mil habitantes, etc.*).

Además, existen indicadores cuantitativos de la **utilización** (uso, demanda...) de los servicios sanitarios, entre ellos dos especialmente relevantes:

- **Presión asistencial:** es la carga de actividad de cada profesional, en un período de tiempo (habitualmente expresada en promedio diario). Ej.: *30 pacientes atendidos por médico de atención primaria y día.*
- **Frecuentación (o intensidad de uso):** es la utilización de los servicios sanitarios (visitas, hospitalizaciones...) por parte de la población en un período de tiempo (habitualmente expresada en promedio anual, por habitante o por mil habitantes). Ej.: *4 visitas al centro de atención primaria por habitante/año, o 90 ingresos hospitalarios por cada 1.000 habitantes/año.*



COM. VALENCIANA 1999: En los estudios de utilización de servicios, el concepto de intensidad de uso se define como:

- 1) Número de consultas / Población.*
- 2) Número de consultas / Número de pacientes.
- 3) Número de pacientes atendidos / Población.
- 4) Número de consultas / mes.

MADRID 2009: La frecuentación se puede definir como:

- a) Número de visitas por profesional y día
- b) Número de visitas por habitante y año*
- c) Número de visitas por profesional y año
- d) Número de visitas por habitante y día

ANDALUCÍA 2019: La frecuentación asistencial se define como:

- a) El número de veces que viene los usuarios a la consulta de un profesional sanitario.
- b) El número medio de consultas diarias de un profesional sanitario.
- c) El porcentaje de pacientes distintos vistos en un año.
- d) El número de consultas de un año dividido por el número de usuarios.*

MURCIA 2019: ¿Cuál de estos es un indicador para la medida cuantitativa de la demanda asistencial en Atención Primaria?:

- a) La presión asistencial.
- b) Número de recetas crónicas.
- c) Frecuentación.
- d) A y C son correctas.*

6. ANÁLISIS DE SITUACIÓN POR ENCUESTA DE SALUD

Las encuestas de salud son sistemas de información sanitaria en los que la recogida de información se realiza mediante **cuestionarios** administrados por entrevistadores a una **muestra** representativa de la población (aunque es habitual que solo se incluya a población mayor de 16 años, y se realicen otras encuestas específicas para el ámbito infantil y juvenil). Los cuestionarios se pueden cumplimentar **por entrevista directa, telefónica o por correo**.

En el análisis de situación, se considera que la encuesta de salud es un **procedimiento mixto**, ya que está basado en técnicas cuantitativas (estadísticas, muestreo, datos numéricos) pero también tiene aspectos cuantitativos (preguntas acerca de la percepción del estado de salud de los individuos encuestados).

En el conjunto de **España** se publican **Encuestas Nacionales de Salud** (ENS) desde 1987, con periodicidad aproximadamente bienal (aunque con cierta variabilidad), y con entrevistas en diferentes momentos del año (se habla de diferentes "oleadas"), para evitar los efectos estacionales en la información (p.ej.: gripe...).



La encuesta de salud refleja una información sentida o percibida por los encuestados que así lo declaran, que puede incluso resultar discrepante con la obtenida por otras fuentes (morbilidad percibida vs. morbilidad objetiva). Los aspectos analizados incluyen principalmente:

1. **Salud y calidad de vida percibida:** nivel de salud, autonomía, limitaciones para la vida diaria...
2. **Morbilidad percibida/declarada:** aguda, crónica, discapacidades, accidentes...
3. **Estilos de vida:** actividad física, tabaco, alcohol, peso y talla, sueño, ocio...
4. **Prácticas preventivas:** actividades de cribado y vacunación.
5. **Situación sociodemográfica, económica y ambiental:** información demográfica (edad, sexo), nivel estudios realizados, actividad y condición laboral, nivel económico, calidad medioambiental percibida.
6. **Uso de servicios sanitarios:** aseguramiento, prestaciones solicitadas, uso de atención primaria y atención especializada, opinión sobre el sistema sanitario, conocimiento de los servicios ofertados.

PAÍS VASCO 1991: El mejor método para recoger información sobre morbilidad sentida es:

- 1) Estadísticas de morbilidad ambulatoria
- 2) Encuesta de salud*
- 3) Método grupo nominal
- 4) Método Delphi
- 5) Perfiles de salud

EXAMEN AP CATALUÑA 1995: La morbilidad percibida por los individuos de una comunidad se investiga normalmente con

- 1) Encuestas de salud*
- 2) Programas de cribaje comunitarios
- 3) Análisis de la prevalencia
- 4) Análisis de la morbilidad en las consultas
- 5) Programas de intervención comunitaria

CASTILLA Y LEÓN (Técnicos Salud) 2006: ¿Cuál de los siguientes sistemas de información se basa en la morbilidad percibida por la población?

- 1) La encuesta de morbilidad hospitalaria.
- 2) La encuesta nacional de salud.*
- 3) El sistema de enfermedades de declaración obligatoria.
- 4) El conjunto mínimo básico de datos (CMBD).

ANDALUCÍA 2018: La encuesta Nacional de Salud contiene datos de:

- a) Mortalidad y estilos de vida
- b) Morbilidad percibida, uso de servicios sanitarios y estilos de vida*
- c) Solo morbilidad percibida
- d) Mortalidad, morbilidad percibida, estilos de vida y nivel de estudios

NOTA: Además de las Encuestas Nacionales, pueden existir Encuestas de Salud propias y específicas de las distintas Comunidades Autónomas (ver referencias específicas de cada CCAA).

7. ANÁLISIS POR "ENFOQUE DE CONSENSO"

Finalmente, puede haber determinadas características de los problemas o necesidades de salud que no se reflejen fácilmente en los dos enfoques previos (indicadores y encuestas), y que se pueden poner de manifiesto mediante un tercer enfoque, denominado "enfoque por búsqueda de consenso" (Pineault).

Este "enfoque de consenso" se dirige a alcanzar acuerdos en temas con incertidumbre, normalmente con la participación de expertos o representantes de los ciudadanos, mediante técnicas como el **método Delphi, grupo nominal, brainwriting, brainstorming, etc.** Estas técnicas se emplean también en otros ámbitos, como el establecimiento de prioridades o la evaluación de la calidad asistencial.

Debe hacerse la salvedad de una técnica incluida en este grupo del enfoque de "busca de consenso", la **entrevista con informadores clave**, que paradójicamente NO busca el consenso entre sus participantes, sino únicamente obtener una lista de opiniones representativas (se comentará más adelante).

INSALUD 1989: En el marco del estudio de necesidades de una comunidad, el método por busca de consenso se realiza por

- 1) Informadores clave
- 2) Delphi
- 3) Grupo nominal
- 4) Todos *

INSALUD 1997: ¿Cuál de los siguientes métodos de identificación de problemas y necesidades NO pretende llegar a un consenso?:

- 1) El enfoque a través de informadores clave. *
- 2) La técnica del grupo nominal.
- 3) La técnica Delphi.
- 4) El "brainwriting".
- 5) El "brainstorming".

ASTURIAS OPE-FEA 2017: Las técnicas más utilizadas para la participación de diferentes actores en la formulación de programas de salud son:

- a) Grupos nominales
- b) Técnica Delphi
- c) Conferencia de consenso
- d) Todas las anteriores *

COM. VALENCIANA 2018: En cuanto a los métodos y técnicas para la identificación de problemas, determinación de necesidades y prioridades de salud, indique cuál de las siguientes técnicas de análisis NO es considerada una técnica cualitativa de búsqueda de consenso:

- a) Análisis de indicadores.
- b) Técnica Delphi.
- c) Técnica de observación participante.
- d) Entrevista con informadores clave.

ANULADA. En plantilla provisional dieron la a).

NOTA: En muchas ocasiones el término "enfoque de consenso" se ha empleado como sinónimo de "investigación cualitativa", pero realmente corresponden a dos planteamientos diferentes, La "verdadera" "investigación cualitativa" emplea técnicas interpretativas para conocer y comprender la realidad a través de las vivencias y expectativas de las personas, con técnicas como las entrevistas cualitativas, grupos focales, observación participante, etc... que NO son objeto de este apartado de planificación.

Entre las principales técnicas del "enfoque de consenso" se incluyen:

RESUMEN DE ALGUNAS TÉCNICAS DE ENFOQUE "POR BÚSQUEDA DE CONSENSO" (PINEAULT)

TÉCNICA	MECANISMO	PROCEDIMIENTO	OBJETIVO	PARTICIPANTES
Delphi	Correo	Encuestas o cuestionarios sucesivos	Consenso	Expertos
Grupo nominal	Presencial	Reflexión y escritura	Consenso	Expertos
Brainwriting	Presencial	Reflexión y escritura	Consenso	Expertos
Brainstorming	Presencial	Interacción entre participantes	Ideas nuevas	Expertos
Informadores clave	Correo Teléfono Entrevista personal	Encuesta o cuestionario	Opiniones representativas NO consenso	Informadores clave
Foro comunitario	Presencial	Interacción entre participantes	Opiniones representativas	Comunidad

7.1. MÉTODO O TÉCNICA DELPHI.

Es una técnica de consenso a distancia (no presencial, usa el lenguaje escrito **por correo** postal o electrónico, pero NO lenguaje oral), con participantes que no se comunican individualmente entre ellos, pero que contribuyen al **consenso** común mediante envíos de cuestionarios sucesivos cuyos resultados globales son conocidos por el grupo.



- Envío de un primer cuestionario, para obtener un primer listado de problemas y necesidades.
- Recepción y enumeración de todos los ítems recibidos en un segundo cuestionario, en el que se pide que se seleccionen los más importantes.
- Recepción, y envío de resultados en un tercer cuestionario para última revisión.
- Informe final del grupo.

Lo característico del método Delphi es que los expertos no se entrevistan ni se comunican directamente entre ellos (se preserva el anonimato), pero se influyen entre sí, porque cada cuestionario está basado en las respuestas del conjunto del grupo al cuestionario anterior. Entre sus desventajas está el largo tiempo necesario para su realización (sucesivos envíos por correo) y un mayor riesgo de abandono (basta con no contestar a los cuestionarios), en comparación con técnicas de presencia física (reuniones, grupos, etc...).

COM. VALENCIANA 1992: Dentro de las técnicas para la determinación de las necesidades de salud de la población, una de las siguientes NO es característica del método de grupo Delphi

- 1) Los miembros del grupo influyen en la opinión emitida por los otros participantes
- 2) Presenta como una de sus desventajas un tiempo de realización relativamente largo
- 3) Se preserva el anonimato
- 4) Durante la fase de discusión de ideas cada participante expone oralmente su lista de problemas *

EXAMEN AP CATALUÑA 2003: Las ventajas de la técnica Delphi son todas las siguientes, EXCEPTO:

- 1) Anonimato
- 2) Permite tiempo para reflexionar
- 3) Identifica problemas y ofrece soluciones
- 4) Poco riesgo de abandono y corta duración *

PAÍS VASCO 2015: Para la recogida de información para identificar necesidades de la población se utilizan diferentes técnicas, entre ellas el método Delphi. ¿En qué consiste?

- a) Analizar visualmente una determinada situación.
- b) Entrevistar a personas a las que se les reconoce tener un buen conocimiento de la comunidad en estudio.
- c) Identificar los problemas y necesidades y priorizarlos mediante cuestionarios por correo. *
- d) Identificar los problemas y necesidades y priorizarlos mediante reuniones de grupo.

EXTREMADURA 2018: ¿Cuál de los siguientes es un método basado en el consenso que se puede emplear para el análisis de la situación de salud?:

- a) El método Dare
- b) El método Delphi *
- c) El método Cendes
- d) El método Hanlon

ANDALUCÍA 2019: Un método de identificación de problemas de salud que se realiza mediante el envío de cuestionarios sucesivos a un grupo de personas, sin reunión de las mismas, seleccionadas para conocer su opinión sobre algún problema de salud en el que el contenido de los cuestionarios se formula a partir de las respuestas dadas en el cuestionario precedente hasta que se logra un consenso o la información obtenida es suficiente se denomina:

- a) Informadores clave.
- b) Grupo nominal.
- c) Técnica Delphi. *
- d) Fórum comunitario.

7.2. GRUPO NOMINAL.

Es una **técnica presencial** que combina la reflexión individual con la interacción grupal (habitualmente, en grupos de 7-15 personas).

- Planteamiento de la pregunta al grupo.
- Cada participante reflexiona individualmente (10-15 minutos) y anota sus propuestas sobre una hoja en blanco.
- Recogida de las hojas y enunciado de las ideas de cada participante (sin identificar al autor) en una gran hoja o pizarra común.
- Reflexión en grupo para clasificar, aclarar, agrupar ideas, analizando cada uno de los ítems propuestos.
- Votación por escrito (cada participante 5-10 ítems ordenados); puede haber dos rondas de votación con discusión intermedia



PAÍS VASCO 2002: Al método de priorización en el que un grupo formado por expertos redactan individualmente sus opiniones y luego tienen una fase reflexiva común para hacer un listado de problemas identificados, se le designa como:

- 1) Método Delphi.
- 2) Grupo nominal. *
- 3) Brainwriting.
- 4) Brainstorming.

7.3. BRAIN-WRITING O ESCRITURA DE IDEAS

Se diferencia del grupo nominal en que las hojas iniciales **"no están en blanco"**, contienen ya posibles respuestas que han sido colocadas por el director del grupo en el centro de la mesa de reunión.



Cada participante puede completar los papeles del centro de la mesa en una "reflexión silenciosa", procediéndose finalmente como en la técnica del grupo nominal para la puntuación de los ítems e informe final del grupo.

7.4. BRAIN-STORMING O TORMENTA DE IDEAS

Es una técnica presencial que se utiliza principalmente para **generar ideas novedosas**. Consiste en que unos 10 a 15 participantes emitan las ideas que se les ocurran sobre el tema, a lo largo de un período de tiempo inferior a una hora.



Debe haber un **animador o facilitador** que estimula a los participantes a emitir ideas, y que toma notas de las ideas que surgen.



Durante la sesión no hay posibilidad de crítica de las ideas emitidas, no hay discusión, sólo enumeración (lluvia o tormenta) de ideas. Por ello puede ser discutible que el Brainstorming alcance un consenso, pero al menos cada participante escucha las ideas de los demás y eso puede influir en las que emita (interacción), aunque no las critique.

Los resultados recogidos en el brainstorming (grabación, notas...) serán finalmente analizados y criticados, pero en una sesión independiente y posterior a la que es considerada propiamente como la tormenta de ideas.

PAÍS VASCO 1991: Cuando se tiene delante un problema real para el que no se dispone de soluciones eficaces y se quiere explorar ideas nuevas, la técnica más adecuada es:

- 1) El grupo nominal
- 2) La tormenta de ideas *
- 3) La técnica Delphi
- 4) Los informadores clave
- 5) El fórum comunitario

PAÍS VASCO 1996: Las condiciones que deben establecerse para el funcionamiento correcto de la técnica "lluvia de ideas" o "brainstorming", como método de detección de problemas, son todas EXCEPTO una:

- 1) Grupo pequeño
- 2) Tiempo limitado (30 a 60 minutos)
- 3) Existencia de un facilitador
- 4) Posibilidad de emitir opiniones *

NOTA: *Redacción confusa, posiblemente referida a que no está permitido hacer críticas (¿opiniones?) durante la propia sesión de brainstorming.*

7.5. FORO COMUNITARIO

Es una asamblea en la que **participa toda la comunidad**, de manera que no limita la participación a expertos o informadores, sino que está abierta a toda la población.



7.6. ENTREVISTA CON INFORMADORES CLAVE.

Se basa en la entrevista **en persona, por teléfono o por correo** a personas que viven o trabajan en la comunidad y de las que se asume que tienen un alto conocimiento de sus características y problemas, con buena capacidad de relación e información: pueden ser profesionales sanitarios, pero también comerciantes, maestros, líderes comunitarios formales e informales, etc.

La entrevista se realiza mediante un **cuestionario**, de forma **independiente e individual** con cada informador. Siempre que sea posible es deseable registrar las entrevistas en una cinta grabada.

En la entrevista con informadores clave, a pesar de estar tradicionalmente incluida por diversos autores entre las denominadas "técnicas de enfoque de consenso", **realmente NO se busca el consenso** entre los informadores (puesto que cada uno desconoce las opiniones de los demás) sino que se estudia, a posteriori de las entrevistas, la coincidencia de ideas y las opiniones más representativas.

INSALUD 1997: ¿Cuál de los siguientes métodos de identificación de problemas y necesidades NO pretende llegar a un consenso?:

- 1) El enfoque a través de informadores clave.*
- 2) La técnica del grupo nominal.
- 3) La técnica Delphi.
- 4) El "brainwriting".
- 5) El "brainstorming".

PAÍS VASCO 2002: ¿Cuál de los siguientes métodos de identificación de problemas y necesidades NO pretende llegar a un consenso?:

- 1) El enfoque a través de informadores clave.*
- 2) La técnica del grupo nominal.
- 3) La técnica Delphi.
- 4) El "brainwriting".

TÉCNICA	MECANISMO	PROCEDIMIENTO	OBJETIVO	PARTICIPANTES
Delphi	Correo	Encuestas o cuestionarios sucesivos	Consenso	Expertos
Grupo nominal	Presencial	Reflexión y escritura	Consenso	Expertos
Brain-writing	Presencial	Reflexión y escritura	Consenso	Expertos
Brain-storming	Presencial	Interacción entre participantes	Ideas nuevas	Expertos
Informadores clave	Correo, teléfono y entrevista personal	Encuesta o cuestionario	Opiniones representativas pero no consenso	Informadores clave
Foro comunitario	Presencial	Interacción entre participantes	Opiniones representativas	Comunidad

Principales técnicas por búsqueda de consenso (Pineault)

8. PROBLEMAS EN EL ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Algunos problemas frecuentes en la identificación de problemas y necesidades de salud son:

- Escasa estabilidad de datos de poblaciones pequeñas.
- Uso de datos antiguos, poco actualizados.
- Dificultad para obtener datos de colectivos de especial interés sanitario (p.ej.: inmigración ilegal).
- Diferencias entre las áreas geográficas a que hacen referencia los registros oficiales (p.ej. provincias) y las áreas geográficas de interés sanitario (p.ej. áreas o distritos de salud).
- Recogida de muchos datos, pero poco selectiva, o con escasa utilidad de los datos disponibles.
- Tendencia a recoger mucha información cuantitativa y olvidar el enfoque de consenso y la participación.
- Falta de orientación del análisis hacia la posterior toma de decisiones (sino que se emplea para justificar decisiones ya tomadas previamente).

EXAMEN AP CATALUÑA 1994: Señale cuál de los siguientes problemas NO es propio del análisis de la situación de salud de la comunidad

- 1) Recogida exclusiva de información de tipo cuantitativo
- 2) Recogida indiscriminada de datos
- 3) No detección de necesidades de grupos marginales
- 4) Falta de coincidencia con las áreas geográficas de otros registros oficiales
- 5) Falta de recogida de datos sobre sectores relacionados con el sistema de salud*

EXAMEN AP CATALUÑA 2004: En relación al análisis preliminar del diagnóstico comunitario, una de las siguientes afirmaciones es FALSA:

- 1) El análisis ha de ser rápido y operativo
- 2) Se pueden utilizar datos ya elaborados
- 3) Se pueden utilizar datos de comunidades similares
- 4) En esta fase no se hace nunca trabajo de campo*
- 5) Se pueden utilizar datos de comunidades más amplias que incluyan la comunidad objeto de estudio

9. ESTABLECIMIENTO DE PRIORIDADES: CRITERIOS

La determinación de prioridades es la segunda fase de la planificación sanitaria, fundamentada por el previo análisis de situación y también forma parte del proceso de **planificación estratégica (plan de salud)**.



En el proceso de determinación de prioridades se siguen las siguientes etapas:

1. Definición de los **criterios** de decisión
2. **Preselección** de problemas
3. Estimación y **comparación** de problemas
4. **Análisis** de la importancia del problema y la capacidad del programa (definición del tipo de prioridad).

EXAMEN AP CATALUÑA 1995: Según Pineault, las etapas del proceso de determinación de prioridades son todas las siguientes, EXCEPTO:

- 1) Definición de criterios de decisión
- 2) Preselección de problemas
- 3) Estimación y comparación de problemas
- 4) Análisis de la importancia del problema y la capacidad del programa
- 5) Evaluación del proceso de abordaje del problema*