

Análisis de Género de la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Cantabria



**GOBIERNO
de
CANTABRIA**

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Dirección General de Salud Pública



OSPC

Observatorio de Salud Pública de Cantabria

Grupo de Trabajo:

- **Ana Estébanez**, Trabajadora Social de Atención Primaria –AP-. Servicio Cántaro de Salud –SCS-.
- **Jose Francisco Santos**, Médico de Familia, Técnico de la Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.
- **Pilar Elena Sinobas**, Enfermera de AP, SCS.
- **Susana Rodriguez**, Médica de AP. SCS.
- **Marta López**, Médica de Familia y Técnica del SCS.
- **Helena Martinez Bueno**, Coordinadora Unidad de Igualdad de Género, Dirección General de la Mujer.
- **Marga Pla**, Directora de la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona.
- **Ana Delgado**, Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública.
- **Milagros Ramasco**, Responsable del Programa de Salud Pública en colectivos vulnerables del Servicio de Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad de Madrid.
- **Dolores Prieto**, Técnica del Observatorio de Salud Pública de Cantabria –OSPC-.
- **Angeles Cabria**, Directora del OSPC.

Agradecemos a **Sara Velasco** por su apoyo.

Índice

1. Introducción	4
2. Fundamentación del análisis de género de la CS	5
3. Fases de desarrollo del análisis del grupo de trabajo -GT-	7
4. La génesis de la Cartera de Servicios	8
5. La Cartera de Servicios de Cantabria: de la teoría a la práctica	12
6. Resultados del análisis de la estructura de la CS	18
7. Resultados del análisis de la morbilidad diferencial	20
8. Resultados del análisis de los estereotipos de género presentes en la CS	23
9. Resultados del análisis del lenguaje	26
10. Recomendaciones	27
11. Bibliografía	31
12. Anexo	35

1. Introducción

El presente informe plantea un abordaje de análisis de género de la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Cántabro de Salud –SCS-, ampliando la reflexión al modelo de atención primaria del sistema de salud de Cantabria. Esta iniciativa forma parte de un estudio evaluativo más amplio realizado en el contexto del proyecto “La integración de la perspectiva de género en las acciones en salud en Cantabria: Evaluación del Plan de Salud para las Mujeres con enfoque multimétodo”¹.

Este I Plan de Actuación: Salud para las Mujeres (2004-2007) –PASM- introducía una política de género al sistema de salud de Cantabria que hace preciso adaptar y hacer inteligibles al contexto los principios normativos ligados a las políticas de igualdad, así como abrir un debate, a nivel de planificación, relativo al contenido sustantivo y operativo de las políticas de género y salud, con la intención de que éstas sean asumidas por todos los agentes de cambio (gestores y profesionales). Con ese objeto, se observó en primer lugar la necesidad de analizar con lente de género los instrumentos de que se sirve el SCS para garantizar la atención de salud a la población residente en la comunidad autónoma, siendo la Cartera de Servicios –CS- de Atención Primaria –AP- el instrumento básico que recoge *“el conjunto de servicios que responden a las necesidades y demandas de la población sustentados en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria”* (define en su artículo 20 la Ley 16/2003).

Como resultado de la recomendación surgida de la evaluación del I PASM, la realización de este análisis se incorporó al II Plan de Salud de las Mujeres 2008-2011, siendo su objetivo más amplio la generación de nuevos conocimientos que conformen líneas futuras que incorporen el análisis de género en los servicios de salud. El Observatorio de Salud Pública de Cantabria –OSPC- recogió este mandato constituyendo para tal efecto en junio de 2009 un Grupo de Trabajo –GT- de

¹ Proyecto que recibió una beca de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Instituto Carlos III, otorgada con fecha 20 de diciembre de 2007 al Observatorio de Salud Pública de Cantabria. A través del mismo se evaluó, en colaboración con la Cátedra de Investigación Cualitativa de la Universidad Autónoma de Barcelona, el I Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007 de la Consejería de Sanidad del Gobierno de Cantabria.

personas expertas en la temática, compuesto por nueve representantes de distintas instituciones de Cantabria y tres colaboradoras de Cataluña, Andalucía y Madrid².

2. Fundamentación del análisis de género de la CS

En las últimas dos décadas se han dado avances históricos en investigación y legislación en materia de género y salud, tanto a nivel internacional y europeo como español. A nivel internacional, las conferencias de la ONU de El Cairo en 1994 y Beijing en 1995 marcan un hito en el reconocimiento internacional de la relación entre salud y género, estando presente desde entonces en la agenda social y política. La Organización Mundial de la Salud crea en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, concediendo máxima importancia al género como determinante de la salud.

A nivel europeo, la Hoja de Ruta para la igualdad entre hombres y mujeres 2006-2010 representa un compromiso de la Unión Europea para hacer avanzar el programa de igualdad de género, reforzando la cooperación con los Estados Miembros –EEMM- y otros organismos. Entre otras medidas se subraya la importancia de incluir la perspectiva de género en todas las políticas sanitarias y en los procesos de toma de decisiones, así como desarrollarla en las estrategias en materia de salud de los EEMM. Además se insta a éstos a tener en cuenta las consecuencias de las desigualdades de género al elaborar sus presupuestos y planificar proyectos y programas de cuidados médicos y sanitarios, pidiendo a las instituciones europeas que midan las diferencias entre hombres y mujeres en esta materia, así como a que recojan y elaboren datos fiables, desglosados por sexo, sobre tratamientos y consumo de medicamentos.

² 1. Ana Estébanez, Trabajadora Social del Centro de Planificación Familiar La Cagiga; 2. Jose Francisco Santos, Médico de Familia, Técnico de la DGSP; 3. Pilar Elena Sinobas, Enfermera de AP; 4. Susana Rodríguez, Médica de AP; 5. Marta López, Médica de Familia y Técnica del SCS; 6. Montse Cabré, Profesora Facultad de Medicina, Aula de Género Isabel Torres; 7. Helena Martínez Bueno, Coordinadora Unidad de Igualdad de Género; 8. Marga Pla, Directora de la Cátedra Investigación Cualitativa de la UAB y colaboradora en el FIS que da lugar a este análisis; 9. Dolores Prieto, Técnica del OSPC; 10. Angeles Cabria, Directora del OSPC. Además se contó con la colaboración, en calidad de consultora del proyecto, de Ana Delgado, Profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública; y adicionalmente de Milagros Ramasco, Responsable del Programa de Salud Pública en colectivos vulnerables del Servicio de Promoción de la Salud, Consejería de Sanidad de Madrid.

A nivel del Estado Español, la Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres de Igualdad, legisla:

En su Artículo 20: Adecuación de estadísticas y estudios con el objeto de que garantice la integración de modo efectivo de la perspectiva de género en su actividad ordinaria, los poderes públicos, en la elaboración de sus estudios y estadísticas.

En su Artículo 27: Integración del principio de igualdad en la política de salud: 1. Las políticas, estrategias y programas de salud integrarán, en su formulación, desarrollo y evaluación, las distintas necesidades de mujeres y hombres y las medidas necesarias para abordarlas adecuadamente.

El Ministerio de Sanidad y Política Social en su política de avance hacia la equidad en salud, a través de la reducción de las desigualdades en salud, hace especial énfasis en la relevancia del impacto de las desigualdades de género en la salud de mujeres y hombres (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010 (a) y (b)).

Desde el punto de vista conceptual, a diferencia del término sexo, que alude a la diferencia biológica entre el hombre y la mujer, género hace referencia al significado psico-social de la diferencia biológica entre los sexos. Este significado se asocia con la construcción social de las esferas de actividad masculinas y femeninas, cuya diferenciación se traduce en desigualdades institucionalizadas entre hombres y mujeres en el acceso a los recursos y en el control sobre los mismos. El objeto de interés en materia de género no son la mujer o el hombre separadamente, sino las relaciones de desigualdad social y el impacto que esta desigualdad ejerce sobre la vida de las personas. Por tanto la perspectiva más integral de género supone considerar y atender sistemáticamente las diferencias entre las condiciones, situaciones y necesidades respectivas de hombres, mujeres y personas transgénero y transexuales, que tengan en cuenta la identidad y los estilos de vida, y no solo las diferencias biológicas (Observatorio de Salud Pública de Cantabria, Plan de Actuación 2007-2010). Cuando tratamos sobre el proceso de salud-enfermedad, el concepto de género nos permite visibilizar cómo afecta a la salud la diferencia sexual (Velasco, 2006).

Numerosos estudios sobre roles de género y salud muestran las relaciones diferenciadas que existen entre roles productivos y reproductivos con la salud de mujeres y hombres. El concepto de Morbilidad Diferencial –MD- (Valls, 2003) se utiliza para describir y visibilizar las características específicas en la forma de

enfermar de mujeres y hombres, incluyendo los procesos y cuadros clínicos que afectan solo a las mujeres o lo hacen de forma prevalente y/o diferenciada.

Analizar si la CS de AP considera la existencia de MD consiste en comprobar si los servicios que oferta para la infancia, para la edad adulta y para las personas mayores, contemplan las diferentes necesidades y problemas de salud de las mujeres y los hombres (específicos de las mujeres –reproducción y cánceres femeninos- y prevalentes -anemia, enfermedades autoinmunes y del tiroides, malestar psíquico, trastornos de la alimentación, dolor, ETS-VIH y cardiovasculares, entre otros), así como los riesgos diferenciales: biológicos –como en enfermedades cardiovasculares, HTA, diabetes u obesidad-; relacionados a los hábitos saludables –como el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, a la alimentación y al ejercicio físico, entre otras-; y psicosociales –fundamentalmente ligados al cuidado de menores, mayores y dependientes, a la doble jornada laboral, al estrés, y a la violencia de género, entre otros-; y los determinantes sociales de la salud (género, nivel educativo, socioeconómico, situación laboral, etc.).

El análisis de la MD debiera contemplarse en la fase de planificación, lo cual plantea un cuestionamiento sobre el que se elaborará más adelante en este documento, en cuanto a la definición y propósito de la CS.

3. Fases de desarrollo del análisis del grupo de trabajo –GT-

El análisis de la CS se planteó en 4 fases: análisis del diseño, del proceso, de los recursos y de los resultados. Este informe recoge los resultados de la primera fase de análisis del diseño de la CS, la cual se realizó en base a 3 ejes:

1. Los marcos de referencia y la teoría de la CS
2. El análisis del proceso del diseño de la CS
 - i. Actualizaciones (qué falta, qué sobra y justificación de los cambios)
 - ii. Participación en el diseño (quiénes y con qué criterios)
3. El análisis de contenido-discurso de la CS, en base a 4 aspectos:
 - a. Estructura de la CS
 - b. Morbilidad diferencial
 - c. Estereotipos de género presentes en la CS
 - d. Lenguaje utilizado en la CS

4. La génesis de la Cartera de Servicios

El modelo de Atención Primaria –AP- y las bases de la actual red extendida a todo el territorio español se definieron en el **Real Decreto 137/1984**, de 11 de enero. Posteriormente, las prestaciones de la AP se precisaron legalmente por primera vez en el **Real Decreto 63/95** sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y, más recientemente, en la **Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud**, y en el **Real Decreto 1030/2006** por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización. Estableciéndose en base a los criterios de eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéuticas, así como de las ventajas y las alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo, y necesidades sociales y su impacto económico y administrativo. Asimismo se indica que las comunidades autónomas –CCAA-, en el ámbito de sus competencias, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios, que incluirán, cuando menos, la cartera de servicios comunes del SNS, la cual debe garantizarse a todos los usuarios del mismo. La CS es un instrumento dinámico y flexible, y en general se han ido incorporando servicios tanto a nivel estatal como autonómico.

El Real Decreto 1030/2006 explicita que *“Todas estas actividades, dirigidas a las personas, a las familias y a la comunidad, bajo un enfoque biopsicosocial, se prestan por equipos interdisciplinarios, garantizando la calidad y accesibilidad a las mismas, así como la continuidad entre los diferentes ámbitos de atención en la prestación de servicios sanitarios y la coordinación entre todos los sectores implicados”*. Las actividades

mencionadas contemplan la atención familiar (incluye la identificación de la estructura familiar, la etapa del ciclo vital familiar, los acontecimientos vitales estresantes, los sistemas de interacción en la familia y la detección de la disfunción familiar) y comunitaria (conjunto de actuaciones con participación de la comunidad, orientadas a la detección y priorización de sus necesidades y problemas de salud, identificando los recursos comunitarios disponibles, priorizando las intervenciones y elaborando programas orientados a mejorar la salud de la comunidad, en coordinación con otros dispositivos sociales y educativos).

La actualización de 2009 de la CS del Sistema Nacional de Salud –SNS- define a la CS en términos de técnicas, tecnologías y procedimientos, desde un modelo claramente biomédico y no biopsicosocial, como expresa el Real Decreto 1030/2006. Y por tanto, aunque en la definición de la AP que se hace en la propia

CS se refiera al modelo biopsicosocial de atención a las personas, a las familias y a la comunidad, el SNS basa la evaluación de la calidad asistencial exclusivamente en las técnicas, tecnologías y procedimientos. La perspectiva de género está ausente de la misma.

Más recientemente, **la Estrategia AP21 del Ministerio de Sanidad** (*Estrategias para la Atención Primaria del Siglo XXI*, Proyecto AP21, 2006)³, que ha realizado una valoración de la AP en el Estado Español, considera que la reforma ha supuesto la preservación de los valores fundamentales del SNS: universalidad, equidad, financiación y aseguramiento público. No obstante, apunta a los múltiples **retos a los que se enfrenta el SNS**, entre los que se incluyen: acotar las competencias de AP en relación a la atención especializada; las actividades de prevención y promoción, y la orientación a los cuidados siguen teniendo un enfoque tradicional de atención curativa; los equipos multidisciplinares presentan conflictos en la definición de funciones; los puentes con la red socio-sanitaria adolecen de serios problemas de coordinación; las demandas específicas de colectivos de población como gitanos e inmigrantes; las necesidades de atención a la dependencia o las necesidades de intervención en colectivos con problemas socioeconómicos, entre otros.

Por otra parte, el Proyecto AP21 apunta al considerable **desconocimiento de los usuarios de sus derechos en cuanto a servicios sanitarios**, ente otras cosas por su escasa participación en el diseño de la oferta de los mismos. Además se cuestiona que la CS no recoja el conjunto de la actividad profesional, y que la asignación de recursos no sea proporcional a la carga de trabajo.

Respecto a la **evaluación de la CS**, el Proyecto AP21 plantea importantes problemas ya que no se han conseguido establecer correcciones que permitan tener en cuenta las características y necesidades especiales en términos socioeconómicos y demográficos de cada zona básica de salud, no habiendo logrado una coordinación efectiva entre la AP y la atención especializada. Asimismo se hace énfasis en la poca implicación de los profesionales asistenciales en su elaboración y mejora, la excesiva burocratización por la necesidad de registrar, el insuficiente desarrollo de los sistemas de información, la excesiva rigidez en los modelos de calidad, etc.

³ En la Estrategia AP21 participaron gestores, profesionales, expertos, sociedades profesionales, y asociaciones de pacientes de las distintas Comunidades Autónomas –CA- y del ámbito estatal.

La Estrategia apunta a la fundamentación de la AP en el trabajo en equipo, aludiendo a la visión multidisciplinar y biopsicosocial que proporcionan a los usuarios (teóricamente) las diferentes disciplinas que lo integran. Sin embargo, según se afirma en el Proyecto AP21, ***“el modelo biomédico sigue siendo hegemónico y no favorece la aproximación biopsicosocial”***, dándose una importancia relevante a la formación de los profesionales.

El **modelo biomédico** apunta a la causa biologicista de la enfermedad, definida ésta *“por síntomas y signos objetivos correlacionables con un trastorno orgánico desembocando en un tratamiento farmacológico o quirúrgico cuya eficacia se basa en la acción directa sobre los procesos biológicos”* (Velasco, 2006), tratándose de un modelo explicativo unicausal (Krieger, 2001; Borrell y Carrió, 2002). En contraposición, el **modelo biopsicosocial** al que alude el Proyecto AP21 y del que se hace eco el Real Decreto 1030/2006, se basa en la concepción multicausal de la enfermedad a la que contribuye una multiplicidad de factores, desde biológicos, psíquicos y sociales, a estructurales. Mientras que *en el modelo biomédico la atención están centrada en el médico que observa y el paciente que es observado, en el biopsicosocial la atención se centra en el paciente, convirtiéndose el médico en escuchador y correlacionador de los distintos factores que condicionan la salud del paciente* (Velasco, 2006).

Asimismo se alude a la **falta de adecuación de la teoría a la práctica en cuanto a la participación comunitaria**⁴, que siendo considerada en principio fundamental en los textos legislativos de ámbito internacional, estatal o autonómico y siendo comúnmente destacada en las intervenciones de los responsables políticos, sea cual sea su adscripción ideológica, apenas hay medidas concretas ni apoyo institucional que permitan su desarrollo. Aunque la participación comunitaria en la salud es un pilar básico para el abordaje psicosocial de la misma, hasta cierto punto se considera que el modelo de representación y participación social sufre una situación de desmovilización. De igual manera, las actividades comunitarias de promoción de la salud promovidas por los centros de salud son en su mayor parte

⁴ Hay que tener en cuenta que la Ley General de Sanidad estableció que las Áreas de Salud deberían tener un *órgano de dirección* (consejo de dirección del Área), en el que estarían las corporaciones locales con una representación del 40% como mínimo, y otro *de participación*, (consejos de salud de Área) constituidos por representantes de los ciudadanos a través de las corporaciones locales con el 50% de sus miembros y de las organizaciones sindicales más representativas en una proporción no inferior al 25%.

anecdóticas y dependen de la voluntad, y voluntariado en muchos casos, de las y los profesionales.

La orientación hacia la participación de la ciudadanía está recogida en el sistema sanitario español a partir del artículo 5 de la Ley General de Sanidad (en cumplimiento del artículo 129.1 de la Constitución), en la que se define la necesidad de ofrecer una orientación biopsicosocial a los problemas de salud y de constituir estructuras de gestión en las que se incorpore una representación de las y los usuarios del sistema. Sin embargo, la realidad es que nuestro sistema sanitario hasta la fecha apenas ha desarrollado estructuras o modalidades de organización en las que se haga relevante y se favorezca la participación de la ciudadanía.

Sin embargo, y aunque el Proyecto AP21 asevera además que los procesos de medicalización suceden con una escasa participación de la población en la toma de decisiones y en la valoración de los riesgos y beneficios para su salud, las recomendaciones que emanan del propio proyecto no plantean iniciativas innovadoras que vayan a redundar en cambios significativos al respecto. De hecho, el proyecto no parte de un análisis de necesidades en salud de la población sino de las necesidades del sistema de salud para atender a la población. Desde una perspectiva de modelo asistencial, su propuesta de continuación del enfoque fundamental en los hábitos de salud, obviando en su mayor parte los determinantes sociales de la salud, es un indicativo de la persistencia del modelo.

Persistencia del modelo que es fruto de las contradicciones entre la teoría y la práctica, pero también entre las teorías de diversos ámbitos del propio Sistema Nacional de Salud. Mientras el enfoque actual en salud pública reconoce el papel crucial que tienen los determinantes sociales y concretamente el género en la salud de las personas (OMS, 2008), papel reconocido en la Estrategia de Equidad del Plan de Calidad para el Ministerio de Sanidad y Política Social (2006), así como el rol fundamental que desempeña la AP en la eliminación de las desigualdades de género en salud, **en ninguno de los casos se contempla o se apunta**, ni desde la CS del SNS ni desde el Proyecto AP21 del Ministerio de Sanidad, **a los condicionantes o sesgos de género presentes en el sistema de salud y en la CS.**

5. La Cartera de Servicios de Cantabria: de la teoría a la práctica

Cantabria es una autonomía joven y una de las últimas en transferir las competencias el 31 de diciembre de 2001. Posteriormente, se conforma el Servicio Cántaro de Salud –SCS- de acuerdo a la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria 7/2002 de 10 de diciembre.

De acuerdo a la edición 2001 de la CS del INSALUD de la que se hizo heredera la actual CS del SCS, *"La cartera constituye un conjunto de servicios que responden a necesidades y demandas de la población sustentadas en criterios científico - técnicos y en prioridades de política sanitaria. Los servicios son las actividades desarrolladas o fomentadas por los profesionales de AP destinadas a atender o prevenir un problema de salud"*. Para ello la CS establece indicadores de cobertura –IC- y normas técnicas mínimas –NT- para evaluar su cumplimiento. Desde 2005 se han realizado varias actualizaciones de la CS, con la participación de representantes de las direcciones médicas y de enfermería, y profesionales expertos, integrándose varios servicios nuevos y actualizándose algunos de los ya existentes.

Desde la primera CS del Ministerio de Sanidad que aparece en 1993 como herramienta de gestión de obligado cumplimiento, a la edición de 2001, con las incorporaciones que se han ido haciendo a lo largo de los años a medida que se desarrollaban nuevos programas, no se ha realizado ninguna evaluación sustancial de la misma que permita conocer cual es el nivel de adecuación y utilidad para sus diversos públicos. Los cambios se han centrado fundamentalmente en ayudar a gestionar los nuevos programas a través de la herramienta informática OMI-AP de donde se extraen los datos relativos a los servicios rendidos por los profesionales. Sin embargo, incluso en este sentido se cuestiona su utilidad como herramienta de gestión, dado que no se ha repensado y adaptado al proceso de reforma de la AP en Cantabria.

Mientras en su origen la CS fue un marco de referencia común que resultó de utilidad como instrumento homogenizador de las prácticas de los profesionales, a 2010 la CS resulta cuando menos un instrumento, sino totalmente obsoleto, de escasa utilidad, dado que se han desarrollado en este intervalo de tiempo múltiples nuevas herramientas como las guías de práctica clínica y los propios programas de salud, que son de mayor ayuda tanto para los nuevos residentes como para los

profesionales con mayor veteranía. En el camino, la CS parece haber perdido su consecuencia lógica. Incluso quienes tratan de rescatar de la misma lo que en su día le dio más sentido, concuerdan con la necesidad de hacerle una revisión en profundidad.

Analizándola de acuerdo a sus **funciones**, *“servir de instrumento para mostrar de forma atractiva y comprensible a los usuarios, la actuación del nivel de AP”*, se identifican en la CS **tres niveles de usuarios** de la misma:

La ciudadanía (paciente o no): es otra función de la CS servir de información sobre la oferta de servicios desde AP, en cuyo caso el foco de atención estaría en la estructura del documento y en detallar de una manera atractiva concretamente lo que se hace, y no la información científica.

Los profesionales: siendo la función de la CS servir de instrumento de ayuda que garantice la calidad científico-técnica.

Los gestores: sirviendo en este caso la CS como instrumento de medida de la calidad de la atención.

Al menos ésta fue la filosofía de la CS en sus orígenes. Actualmente, de los tres usuarios o actores de la CS, a quien cuesta más visualizar es justamente al receptor de la atención, a la ciudadanía. De acuerdo a los profesionales, ellas y ellos mismos serían los “traductores” o “intérpretes” de la CS para sus pacientes, que por otro lado son quienes menos participan de su génesis y esencia.

Otra función fundamental de la CS es *“servir como uno de los instrumentos de medida de la actividad, con monitorización de indicadores”*. Esta función se vincula a la de *“contribuir a establecer el producto de AP”*, entendiendo el producto como el resultado de la monitorización de algunos servicios (escogidos de acuerdo a unos criterios establecidos) a través de sus indicadores y normas técnicas. Aparte de esta monitorización se hace una evaluación de resultados de los programas en el Contrato de Gestión que no quedan reflejados en la CS. Aquí la reflexión del GT lleva a cuestionar si la CS no ha quedado superada por el Contrato de Gestión. La conclusión, tras conocer los sistemas de monitorización y evaluación, es que lo que se hace es lo primero, es decir un seguimiento del cumplimiento de los servicios en base al **criterio de cobertura**, y no una evaluación de los mismos, no pudiendo conocerse los resultados en la salud, es decir en como revierten las intervenciones de los profesionales en la salud de la población.

Continuando con los criterios, en teoría la CS tendría en cuenta: la eficacia, eficiencia, efectividad, seguridad y utilidad terapéutica, así como las ventajas y alternativas asistenciales, el cuidado de grupos menos protegidos o de riesgo y las necesidades sociales y su impacto económico y organizativo.

En cuanto al **criterio de pertinencia** se explicita que *“el Servicio está contemplado en los objetivos del SCS (objetivos generales del Contrato de Gestión), o en su caso, el servicio responde a necesidades sentidas y/o demandadas expresadas por la población, detectadas mediante métodos objetivables”*.

Pero ante la lógica pregunta de cómo el sistema de salud recoge las necesidades sentidas y las demandas de la población, no hay una respuesta plausible ya que, como se ha mencionado anteriormente, el sistema de salud no ha generado mecanismos de **participación** de la ciudadanía, como contempla la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria a través de la conformación de consejos de salud en cada área sanitaria de la comunidad autónoma. La no participación implica consecuentemente la total ausencia de poder en la toma de decisiones. La ciudadanía usuaria del sistema de salud sería por tanto sujeto, a veces objeto, y en último caso, receptora de “los expertos en el conocimiento científico”. Tampoco participarían por otro lado profesionales de otras disciplinas como la antropología, psicología, sociología, etc. La siguiente pregunta sería por consiguiente: ¿es factible crear estructuras de participación de los/las destinatarios/as finales de la CS (la ciudadanía en general y los usuarios y usuarias en particular) para decir verdaderamente que estamos atendiendo sus necesidades y demandas?

La participación de diferentes profesionales (fundamentalmente profesionales médicos, de enfermería y trabajo social) se contempla en la elaboración de algunos programas de salud pública, como el Programa de atención a las mujeres que sufren violencia de género. Dichos programas se transfieren desde la Dirección General de Salud Pública a la CS.

Criterios relacionados con la eficacia/efectividad y factibilidad: El Servicio recoge actividades sobre cuya eficacia y efectividad existe evidencia científica, o al menos actividades sobre cuya realización existe consenso científico entre “expertos”. En este sentido surgen varias preguntas en cuanto a la evidencia científica que alimentan nuevas reflexiones y recomendaciones por parte del GT. La **evidencia científica** está basada en un modelo biomédico y viene determinada por las publicaciones de impacto sobre la temática en cuestión. Introducir un modelo biopsicosocial significa **ampliar la concepción de la evidencia** hacia

incluir evidencias basadas en la experiencia y publicadas en otras revistas no catalogadas como de impacto. En todo caso, la “falta de evidencia” sobre un tema relevante no puede conducir a su exclusión sino, por el contrario, al fomento de la indagación y la experimentación en ese terreno. Si llevamos este argumento al plano de la evidencia en cuanto a la influencia del género en la salud, existen evidencias múltiples publicadas en revistas consideradas de impacto y en otras recogidas desde la extensa investigación social en salud desarrollada principalmente en la última década. Es necesario igualmente constatar que la llamada evidencia científica no es, ni podría ser nunca en todo caso, una verdad indisoluble, y prueba de ello son los cuestionamientos a algunas “evidencias” como la efectividad de la vacuna del virus del papiloma humano o el tratamiento medicamentoso de la osteoporosis, entre otros temas.

El insuficiente conocimiento científico, unido a la formación y ejercicio biomédico de muchos profesionales y a la ausencia de sensibilidad al enfoque de género hace que en los programas y en consecuencia en los servicios se recojan pocas especificidades relativas al género. Efectivamente, a medida que transcurre el tiempo el problema no es tanto que no existan investigaciones o publicaciones sobre la morbilidad diferencial, sino que se conviertan en conocimiento para el currículum de los profesionales sanitarios. La cuestión por consiguiente sería cómo garantizar el cambio si no se modifican los grupos o comisiones técnicas que establecen los criterios científico-técnicos y las prioridades al igual que las revisiones de las mismas.

No queda claro, por otro lado, cómo se aplican los **criterios de correcta atención**, así como los **criterios relacionados con las expectativas de los usuarios**.

Los servicios, de otra manera, se sustentan en programas y/o protocolos que cumplen los **criterios de acreditación**. La perspectiva de género no sería susceptible de pasar por este criterio dado que no representa un programa en sí sino que debe ser aplicada de forma transversal a todas las políticas, programas y servicios.

La teoría de la CS y su realidad nos lleva a plantearnos **qué es y qué no es la CS**. Evidentemente no es un plan general de salud, pero al carecer de uno en Cantabria se busca en ella los principios y ejes transversales de la política sanitaria de la comunidad autónoma, que corresponderían más a la idea del plan, cuya elaboración y evaluación está establecida en la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria. La

ausencia por tanto de un plan general de salud en Cantabria dificulta la concreción de la identidad y definición de la CS, resultando la actual a todo punto insuficiente. El Proyecto AP21 del Ministerio de Sanidad denota que *"la existencia de una definición estratégica de objetivos en salud, denominado mayoritariamente Plan de Salud, vigente en la actualidad con carácter plurianual en la mayoría de las Comunidades Autónomas, supone un instrumento clave para el análisis de las necesidades en salud de cada entorno, así como para la planificación y evaluación de la oferta de servicios y para la coordinación interinstitucional. El Plan de Salud constituye un elemento de estabilidad de la política sanitaria, al fijar las directrices a largo plazo y en relación a las necesidades detectadas de salud, incorpora la participación de los profesionales y de los ciudadanos, configurando un elemento de compromiso con ello"*.

La CS se concibe desde el sistema de salud de Cantabria como una herramienta de gestión que no tiene que recoger aspectos de planificación, por considerarse éstos más propios de los programas de salud, que es donde se sustentan los servicios, aunque haya muchos aspectos de planificación en la CS. Por otra parte la CS no recoge todas las actividades que se realizan en AP, por lo que la gestión desde este instrumento estaría limitada a aquellas intervenciones que se priorizan por cualquiera de los criterios establecidos. Una de las cuestiones abordadas aquí por el GT es la **falta de inclusión en la CS de aspectos relacionados con riesgos psicosociales**, desde la base del enfoque biopsicosocial desde el que teóricamente trabaja la AP. Se hace necesario **incluir en la CS los cuidados de enfermería**, que aunque constituyan una gran parte del trabajo desarrollado en AP, permanecen invisibles en este instrumento.

Falta indudablemente una **explicitación de lo que es la CS**, sirva como ejemplo el decálogo de los servicios estandarizados de AP de la Comunidad de Madrid en su revisión de la CS de 2009, en la que aclara el abordaje y competencias de la misma⁵. Y falta, en palabras de los profesionales a cargo y colaboradores de la CS,

⁵ **La Cartera de Servicios Estandarizados de la Comunidad de Madrid:** **1.** recoge parte de toda la actividad asistencial. No es exhaustiva ni pretende ser exclusiva, en el sentido de que algunos de estos servicios son realizados conjuntamente por atención primaria y atención especializada. **2.** recoge las intervenciones relevantes que se establecen de especial seguimiento. **3.** se sustenta en Guías Clínicas o Protocolos, por lo tanto no es lo único que se debe realizar. Se debe trabajar en función de las Guías o Protocolos y ello conllevará el cumplimiento de la CS. **4.** Aspectos como distribución de competencias (medicina/enfermería), criterios de derivación a atención especializada, objetivos terapéuticos, estrategias de captación, etc, no son incluidos en la CS, por lo que se hace necesaria la realización e implementación de dichas guías clínicas, en particular, o de

experiencia, hablándose aun de forma un tanto teórica y sin haberse creado una **sistemática** de llevar los aspectos teóricos a la práctica. A esta dificultad se añade el hecho de que existen dos gerencias de AP en el SCS con estilos de trabajo diferentes, contemplando distintos objetivos, modos de gestionarse, y en determinadas áreas, distinta explotación de datos.

programas en general. **5.** su cumplimiento se basa fundamentalmente en la historia clínica. Una historia clínica de calidad reflejará prácticamente el cumplimiento de los criterios de buena atención de los servicios de Cartera. **6.** es actividad asistencial, es decir proceso y su metodología de evaluación obedece a una evaluación de proceso. Por tanto no pretende evaluar resultados en salud tanto intermedios como de impacto en salud. **7.** cumple una doble finalidad como herramienta de Calidad (ciclo evaluativo y detección de correcta realización del servicio) y de Gestión (medida del Índice Sintético de compromiso y cumplimiento). **8.** no mide la competencia profesional individual. **9.** su evaluación mide la actuación del Centro de Salud y no la de un colectivo o grupo profesional. La responsabilidad en los Servicios de Cartera es compartida y es difícil asignar un resultado de cartera de manera exclusiva a un estamento profesional. **10.** es representativa de todo el Centro de Salud. En este sentido, el trabajo de los miembros de la Unidad Administrativa (UNAD), trabajadores sociales, celadores, aunque no esté representado de manera directa, repercute como agente facilitador, en la consecución de muchos de los objetivos de cartera.

6. Resultados del análisis de la estructura de la CS

El análisis de la CS obliga primeramente a hacer una **revisión de los criterios de estructura** de la misma:

- **Revisar los actuales criterios que estructuran la CS:** edad (niño, adultos y anciano), sexo (mujer), enfoques (prevención, enfermedades crónicas, salud reproductiva de las mujeres, atención a la dependencia, paliativos). Considerando otros posibles criterios que pueden ser más idóneos para vertebrar el tipo y características de los servicios incluidos en la CS de manera transversal:
 - Etapas vitales
 - Prevención y promoción de la salud en cada una de las problemáticas de salud que se aborden
- En los **Indicadores de Cobertura** –IC- de los servicios, tanto la población del numerador como del denominador se expresa **sin desagregar por sexo**⁶. Este hecho impide conocer el grado de acceso y utilización de los servicios por sexo, tanto en la infancia como en la edad adulta.
- En lo relativo a la **accesibilidad a los servicios incluidos en la CS**, éstos se definen por lo general para personas ya incluidas en los mismos (“incluidos en programa”, “incluido en servicio”, etc.). Es importante considerar en este sentido la máxima de la Ley de Cuidados Inversos, que apunta a que el paciente recibe cuidados en proporción inversa a su necesidad, siendo esto más cierto donde el sistema sanitario se orienta más al mercado (Hart, 1971; Gervás y Ortún, 1995). Bajo esta premisa, los hombres se benefician en menor medida que las mujeres de algunas actividades preventivas, mientras las mujeres de clases más desfavorecidas tienen más barreras culturales para acceder, por ejemplo, al diagnóstico precoz del cáncer de cuello de útero. Por esta razón, la CS debería incluir acciones que tengan como finalidad la captación activa de personas con mayor riesgo de padecer algún problema y menor probabilidad de usar el servicio.

⁶ Ley Orgánica 3/2007 de 22 de Marzo para la Igualdad Efectiva de Mujeres y Hombres de Igualdad -Nº 6115-. Título VIII. Disposición adicional octava. *Modificaciones de la Ley General de Sanidad*. «17. El tratamiento de los datos contenidos en registros, encuestas, estadísticas u otros sistemas de información médica para permitir el análisis de género, incluyendo, siempre que sea posible, su desagregación por sexo.»

- El servicio de **atención a la infancia y adolescencia** ocupa una gran parte de su actividad a las revisiones o controles del “niño sano”, cada vez más cuestionadas debido al innecesario flujo de visitas que originan y que no cumplen con los criterios de promoción de la salud propiamente dicha. La CS del Sistema Nacional de Salud no contemplan explícitamente las revisiones o controles del “niño sano” por cortes etéreos, como tampoco lo hacen las CS de Andalucía, Cataluña, comunidad Valenciana, Murcia y País Vasco.

En la actualidad no existen evidencias sobre cuál es el número óptimo de revisiones o controles de salud en la infancia y adolescencia, por ello el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud –PAPPS- de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria –semFYC- opina que debe existir cierta flexibilidad, considerando situaciones como la carga asistencial, las posibilidades de organización o las necesidades individuales de atención (<http://www.papps.org/>). En la propuesta del PAPPS, la periodicidad de los controles de salud se adapta a las visitas previstas por el calendario vacunal y a los periodos vitales con más cambios, como son el ingreso en la escuela y la pubertad, ajustándose al mínimo número de controles necesario para el cuidado de la infancia y adolescencia. De acuerdo al PAPPS, en cada control de salud se deben considerar los factores de riesgo, tanto individuales como familiares, adaptando el contenido la visita a las necesidades individuales y atendiendo al mismo tiempo a las cuestiones e inquietudes de los familiares (*Ver en anexo resumen de estos servicios en las CS del SNS y de la Junta de Andalucía, además de la propuesta de CS del Proyecto AP21 y del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud –PAPPS-*).

Ésta es por tanto una de las áreas que requiere de revisión y reconceptualización de la evidencia científica sobre la misma. En cuanto a la atención a la adolescencia, el único servicio para adolescentes que figura en la CS cántabra es la educación para la salud en centros educativos y está sin desarrollar ni los objetivos ni las temáticas.

- **La atención a la mujer** en Cantabria es similar a la establecida en la CS del SNS. Esta clasificación responde, como se ampliará más adelante en Estereotipos presentes en la CS, a un abordaje de salud de las mujeres sin enfoque de género, ya que no incorpora este concepto para explicar el proceso salud-enfermedad sino que se limita al plano de la reproducción (maternidad y anticoncepción). Otras CCAA como Andalucía y Cataluña sin embargo no estructuran su CS de acuerdo al sexo (limitado a la atención a la mujer) sino a

las personas (caso de Andalucía⁷) o por servicios (en Cataluña salud sexual y reproductiva incluye la atención a hombres y mujeres).

7. Resultados del análisis de la morbilidad diferencial⁸

En general, los servicios incluidos en la CS contemplan pocas especificidades que afecten a las mujeres de forma diferencial respecto a los hombres en cuanto a problemas clínicos o de determinantes individuales y/o sociales, exceptuando los siguientes aspectos:

1. **Problemas de salud específicos de las mujeres:** la CS incluye un apartado denominado "Atención a las mujeres" que contempla algunos aspectos de salud y morbilidad específicos de las mujeres en relación a la reproducción y cánceres femeninos. Éste área se abordará más adelante en Estereotipos presentes en la CS. La CS tendrá que incluir la información sobre la interrupción voluntaria del embarazo –IVE- y canalizar su solicitud a la atención especializada o a los centros autorizados, de acuerdo a la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo, haciéndose vigente el 5 de julio del mismo año.
2. **Problemas de salud prevalentes en mujeres y hombres:** en las Normas Técnicas –NT- de la hipertensión arterial (HTA), diabetes, y dislipemia se desagrega en la anamnesis por edad y sexo.

Uno de los problemas de salud mejor conocidos desde el punto de vista de la morbilidad diferencial son las enfermedades cardiovasculares. Actualmente existe la evidencia científica de que los factores de riesgo más importantes para la enfermedad cardiovascular no son los mismos para las mujeres que para los hombres (Rosenfeld, 2001). Sin embargo, la CS orienta sus actividades de prevención de enfermedades cardiovasculares de forma uniforme utilizando como parámetro los factores de riesgo de muerte súbita por enfermedad coronaria más importantes para los hombres sin enfermedad coronaria previa (edad, colesterol,

⁷ En cuyo ámbito se estructura por servicios de Salud Sexual y etapa reproductiva, y anticoncepción, que incluyen a hombres y mujeres, y seguimiento del embarazo (ver anexo).

⁸ Esta sección ha sido desarrollada por Ana Delgado con comentarios y ediciones a la misma por parte del GT.

número de cigarrillos diarios, peso y tensión arterial sistólica), mientras que los factores de riesgo de muerte súbita por enfermedad coronaria más importantes para las mujeres sin enfermedad coronaria previa son la edad, la capacidad respiratoria máxima, el hematocrito, el colesterol y la glucosa (Schatzkin et al., 1984). En la cardiopatía isquémica en concreto hay que tener en cuenta que en las mujeres la forma de aparición con frecuencia es “atípica” y está asociada con una mayor comorbilidad y gravedad. Las mujeres por lo general al tener diferentes síntomas y curso de la enfermedad no identifican el problema a tiempo, con las consecuencias que ello tiene en la rapidez del diagnóstico, en el pronóstico y en el tratamiento (Rholfs et al., 2004). Además no se han tenido en cuenta las diferencias en los factores psicosociales que pueden influir en el riesgo y en la prevención de las enfermedades cardiovasculares de hombres y mujeres.

3. **Riesgos diferenciales biológicos** se consideran por sexo en los Indicadores de Cobertura –IC- y las NT de “Atención a personas con consumo excesivo de alcohol” y en las NT de “Prevención de enfermedades cardiovasculares”.

4. **Riesgos diferenciales psicosociales:**

- Los servicios incluidos en la CS están destinados en gran medida a problemas de salud orgánicos, aunque como es sabido entre el 30% y el 60% de los motivos de consulta en AP son por causas psicosociales que tienen su origen en crisis que repercuten en la funcionalidad familiar (Salazar Colín et al., 2005) y vienen determinadas mayormente por factores de género. Los riesgos diferenciales psicosociales solo están presentes en un servicio: “Detección y atención precoz a la violencia contra las mujeres”. El GT considera que, además de hacer la detección sistemática a todas las mujeres mayores de 14 años sobre la posible existencia de malos tratos por parte de la pareja o ex pareja, establecida en el Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos (Consejería de Sanidad, Gobierno de Cantabria, 2005), se debe de ampliar la detección a las mujeres sin pareja e incluir otras manifestaciones de violencia que se dan en otros espacios, como por ejemplo en el trabajo. Además el programa y por tanto la CS debe desarrollar el concepto de violencia de género, y por consiguiente la detección, a las parejas del mismo sexo.

- Es necesario puntualizar que el malestar psíquico no es exclusivo de las mujeres, por lo que al atribuirlo meramente a éstas, al igual que al atribuir el consumo de sustancias estimulantes y psicotrópicas, los trastornos de la personalidad y las conductas antisociales a los hombres, se corre el riesgo de estereotipar a ambos, por más que pueda haber mayor prevalencia de las últimas en los hombres. La cuestión es que se invisibiliza el malestar de los hombres, cuya existencia ya se ha comprobado en otros estudios (Velasco et al., 2007), aunque se consulte en mucha menor frecuencia, entre otras cosas, porque los hombres acuden menos a los servicios sanitarios primarios.
- Existen otros servicios de la CS en que sería posible y necesario contemplar de manera específica los riesgos psicosociales de cada sexo, siendo el caso de: El Servicio de “Atención a las personas adultas y mayores” que solo contempla factores de riesgo biomédicos o los llamados “estilos de vida”, y no así los de carácter psicosocial, así como en el servicio de “Prevención y detección de problemas en el anciano” (Nieto Munuera et al., 1998). Para hacer un abordaje integral de problemas como la HTA, la obesidad o la diabetes, es preciso integrar ciertas condiciones de vida relacionadas con el género (Escolar Pujolar, 2009; Kuper et al., 2002).
- En los Servicios de “Atención al cuidador principal” se deberían señalar algunas intervenciones diferenciadas según el sexo de quien cuida, la percepción de carga y el impacto del cuidado en el bienestar psíquico y social son diferentes para mujeres y hombres (Larrañaga, 2008; García-Calvente, 2004).

8. Resultados del análisis de los estereotipos de género presentes en la CS

Los estereotipos⁹ de género aluden a creencias preestablecidas sobre las cualidades o atributos de mujeres y hombres, asignando una serie de características a cada sexo. Estos estereotipos sociales se reproducen en general en todos los ámbitos, incluidos los servicios sanitarios y sus profesionales. En la CS el estereotipo presente es el que vincula a las mujeres con su capacidad reproductora, traduciéndose en el enfoque de la CS respecto a la salud de las mujeres.

La inclusión de la perspectiva de género puede adoptar tres líneas de intervención diferentes: la línea de la salud de las mujeres, que es la primera y más presente a nivel de las CCAA y estatal, línea que podría considerarse pre-género ya que no implica necesariamente enfrentar los problemas aplicando la teoría de género (Velasco, 2009)¹⁰; la línea de desigualdades de género en salud¹¹; y la línea de género como determinante de la salud¹².

El capítulo de “Atención a las Mujeres” de la CS separa ciertos aspectos y problemas de salud del resto de servicios que se prestan a las mujeres como pacientes, o que se dirigen a la población general, lo cual implica diferentes estereotipos y consecuencias que se pueden analizar por separado:

⁹ De acuerdo a la Real Academia Española de la Lengua, el estereotipo es una imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.

10 La línea de salud de las mujeres se propone cambiar las situaciones de desventaja de las mujeres en aquellos aspectos propios de ellas (maternidad, anticoncepción, ciclos biológicos...), no entra a cuestionar que la diferencia de los sexos sea biológica, no incorpora aún el concepto de género para el proceso salud – enfermedad o desarrollar acciones para la salud, no modifica y, por tanto, a veces contribuye a mantener los estereotipos y factores de opresión de las mujeres (Sujeción a papeles tradicionales, maternas...) (Velasco S, 2006).

11 La Línea de desigualdades de género en salud incluye el contexto socioeconómico de género (trabajo, productivo y reproductivo) y relaciona estado de salud con dichas variables, se propone la igualdad-equidad en la atención de salud (Velasco S, 2006).

12 La línea de género como determinante de la salud incluye el género como categoría de análisis en su influencia en el proceso salud-enfermedad, relaciona la salud con los factores socioculturales y psíquicos de género determinantes de la enfermedad, identifica representaciones sociales, modelos de relación, roles e identidades de género que influyen en la salud, construye modelos de intervención que modifiquen los determinantes de género (Velasco S. 2006).

1. **La separación de ciertos aspectos de salud y de morbilidad específica de las mujeres** (como el embarazo, varios tipos de cáncer y la violencia contra las mujeres recogidos en la CS en Atención a las Mujeres) del resto de la atención sanitaria **rompe la supuesta integralidad de la AP**.

Esta forma de separar y disociar la “Atención a las Mujeres” expresa, como ya se ha mencionado, que la salud de las mismas se vincula de forma ineludible a su reproducción, lo que supone una disociación de las diferentes esferas de la salud y una ausencia de visión integral de la salud de las mujeres, hecho que no ocurre con los hombres. Esta visión sesgada obstaculiza la introducción en la práctica de una mirada de género no sesgada que permita visualizar la morbilidad diferencial entre hombres y mujeres.

2. **La CS perpetúa los roles tradicionales de las mujeres respecto a la preparación al parto y a la anticoncepción**. Los IC y las NT de la CS referidos a estos dos servicios solo se dirigen a las mujeres, obviando el hecho de que los hombres deben ser igualmente responsables de la contracepción, de la prevención de infecciones de transmisión sexual y de la preparación para el cuidado de los hijos. Esto se subsanaría introduciendo una sección de salud sexual y reproductiva en la que se abordaran estas cuestiones con hombres y mujeres en todas las etapas vitales.

3. **La CS medicaliza ciertos aspectos de la vida de las mujeres, especialmente la menopausia**, sin que exista ninguna prueba científica de la necesidad de vigilar médicamente esta etapa de la vida. El discurso pretendidamente científico que subyace a las expresiones “abordaje de la menopausia”, “atención al climaterio”, “síndrome menopáusico”, entre otras, significa que el descenso de estrógenos se sigue concibiendo como un déficit – anomalía- que produce problemas y, por tanto, sobre el que es necesario actuar preventivamente, y no como manifestaciones naturales de un período del ciclo vital (Esteban, 2001). Los únicos cambios atribuibles al descenso de los estrógenos son los sofocos, la disminución de espesor del epitelio vaginal y el descenso de masa ósea (Sowers, 1995). Por su parte, el descenso de los estrógenos se asocia con las alteraciones del ciclo durante la premenopausia, y con dos cuadros clínicos, trastornos vasomotores y atrofia urogenital. No existe por otro lado una base científica para asociar el climaterio con aumento de las alteraciones del estado del ánimo (depresión o irritabilidad), de la sexualidad, o de la autoestima, mencionadas en la CS (Pearlstein, 1995), ni del riesgo de complicaciones cardiovasculares (Menopausal Combined Hormone Therapy Update, en

<http://www.ti.ubc.ca/pages/letter46.htm>; Wenger NK, 2003). La disminución de la masa ósea secundaria a la deprivación estrogénica representa un proceso fisiológico ligado al envejecimiento, sin trascendencia clínica durante el climaterio (López García-Franco A, 2009).

La experiencia y las expectativas de las mujeres contradicen asimismo el discurso biomédico respecto a la menopausia (Delgado et al., 2001). Medicalizar por tanto esta etapa de la vida de las mujeres carece de sentido, siendo la actitud adecuada desde la AP responder a la demanda de las mujeres que presenten alguno de los citados síntomas (sofocos o sequedad vaginal) igual que se hace con cualquier otra demanda o síntoma que se presenta en las consultas de AP (Guía de Práctica Clínica sobre la menopausia y postmenopausia. 2004).

B) En el apartado "Atención a la Infancia y Adolescencia" se incluye un servicio de Promoción y Fomento de la Lactancia Materna –LM- de cuyos IC y NT se desprende que la salud y/o el bienestar de las madres se subordinan a los beneficios de la LM para su criatura. Las NT abordan las dificultades del niño/a que está mamando exclusivamente desde una perspectiva técnica, obviándose el apoyo a las madres que deciden dar lactancia artificial.

9. Resultados del análisis del lenguaje

Desde un enfoque de género, la lectura de la CS trata de reconocer formas del lenguaje que conlleven algún tipo de desigualdad potencial en el trato de mujeres y hombres por parte de los servicios incluidos en la cartera de AP.

El lenguaje usado en la CS adolece de los dos errores más comunes en el uso del lenguaje: el androcentrismo y el sexismo (Lledó Cunill, 2006; Garí Pérez, 2006). El primero procede de considerar a los hombres como sujetos de referencia y norma, y usar el género gramatical masculino como genérico. El sexismo se refiere a la discriminación de las personas de un sexo por considerarlo inferior al otro. En concreto, el sexismo contra las mujeres consiste en asignar valores, capacidades o roles diferenciados a mujeres y hombres en función de su sexo, desvalorizando lo referido a las mujeres. En suma, no existe un lenguaje sexista sino un uso sexista del lenguaje.

En la CS el lenguaje es marcadamente androcéntrico, haciéndose un uso intensivo del masculino y obliterando los términos en femenino, que salvo en algunas excepciones están ausentes en servicios dirigidos a población general, sea infantil o adulta. En cambio, en el apartado de "Atención a las mujeres", en concreto la educación que se ofrece de cuidados del recién nacido en la preparación al parto, y la información y seguimiento sobre métodos anticonceptivos se dirigen exclusivamente a las mujeres, como si ambos fuesen de su exclusiva responsabilidad. Esto ocurre también cuando en la CS se habla de profesionales que prestan la atención, produciéndose los mismos dos errores mencionados anteriormente para las personas atendidas: uso generalizado del masculino y uso sexista según la categoría profesional mencionada (médicos y enfermeras).

10. Recomendaciones

Como resultado de este análisis de la CS del SCS, el GT de esta iniciativa recomienda una **revisión de la CS basada en la participación y consenso de los profesionales de AP**, mediante representación tanto de los profesionales asistenciales como de los gestores y sociedades científicas de AP, **así como de las personas usuarias de la misma**. La participación de la ciudadanía supondría valorar las posibles estrategias para incluirlas en los procesos que ya están en marcha, sin que significara una disrupción de los mismos sino un valor añadido. Habría que comenzar en este sentido por adecuar el lenguaje a un público más amplio. De esta forma el sistema de salud garantizaría la recogida de las necesidades sentidas y demandas de la población.

En cuanto a **los grupos o comisiones técnicas que establecen los criterios científico-técnicos y las prioridades**, y que ejecutan las revisiones de las mismas, consideramos que son imprescindibles para la aceptación e involucración del sector de profesionales en la CS, pero **han de ser permeables** a las ya evidencias científicas en cuestiones de género **e incluir personas expertas en la materia que aporten una visión biopsicosocial de la CS**. Proponemos por tanto **integrar en dichas comisiones a una o varias personas del GT**, de acuerdo al área a tratar.

La **participación de representantes del GT** en la revisión de la CS podría contribuir además, dadas sus diferentes vinculaciones con otros sectores fuera del sanitario, a ir introduciendo la participación de la ciudadanía en el proceso, a través por ejemplo (para comenzar pero no estando limitado) de las asociaciones de pacientes, evaluando dicho proceso. Esta estrategia le daría una visibilidad de buena práctica al sistema de salud, a la vez que le aportaría una riqueza de aprendizaje al trabajo, pudiendo ser adaptado a otras instancias.

Entrando a las recomendaciones al **contenido** de la propia CS del SCS, primeramente y para aportar claridad respecto a lo que es y no es la CS, sería importante que en una futura revisión de la misma se aportase **más información sobre su abordaje y competencias**, como en el ejemplo que ya se indicó de la última revisión de 2009 de la CS de la Consejería de Sanidad de Madrid.

En cuanto a la estructura de la CS, **revisar la actual estructura de indicadores de cobertura y normas técnicas por otra más exhaustiva** que permita evaluar los servicios en términos de la atención y no solo de la cantidad. Como ejemplo

podría considerarse la línea que propone la CS de la Consejería de Sanidad de Madrid:

- Definición de la CS y los servicios de los que consta. Se definen el indicador de cobertura, los criterios de inclusión y los criterios de buena atención para cada servicio.
- Definición de los estándares de calidad y los servicios y criterios “llave” de buena atención.
- Definición del índice sintético tanto para el compromiso como para la evaluación en los contratos de gestión.
- Definición de la metodología de evaluación con los requisitos y criterios necesarios para el desarrollo en la aplicación informática.

Revisar los actuales criterios que estructuran la CS: edad (niño, adultos y anciano), sexo (mujer), enfoques (prevención, enfermedades crónicas, salud reproductiva de las mujeres, atención a la dependencia, paliativos). Considerando otros posibles criterios que pueden ser más idóneos para vertebrar el tipo y características de los servicios incluidos en la CS de manera transversal:

- Etapas vitales
- Prevención y promoción de la salud en cada una de las problemáticas de salud que se aborden

Respecto al **abordaje de género**, como ya se ha ido presentando en este informe, habría en primer lugar, desde un punto de vista conceptual, que **modificar la línea de intervención para la inclusión de la perspectiva de género** en la CS, de la línea actual de salud de las mujeres, a la línea de género como determinante de la salud. Mientras que desde un enfoque más metodológico el primer paso a dar sería **desagregar por sexo la información que se recoge en los servicios**.

Una alternativa plausible para una revisión con enfoque de género sería comenzar por **identificar**, como ya se ha venido ejemplificando en este informe, **aquellos servicios que consideran a las mujeres y hombres como iguales, cuando no lo son**, como por ejemplo los servicios en relación a problemas cardiovasculares; **los que identifican diferencias biológicas y psicológicas donde no las hay**, como los servicios orientados al climaterio; y **aquellos centrados en problemas de salud con una base sociocultural**, como por ejemplo la violencia de género. Esto es suma supone realizar un diagnóstico actualizado sobre los problemas de salud más prevalentes en cada sexo, incluyendo morbilidad e impacto en la calidad de la vida.

Mejorar su lenguaje con el objetivo de eliminar los sesgos sexistas y visibilizar la atención a los dos sexos donde está mayormente masculinizada.

Entrando a los apartados concretos de la CS, el GT recomienda primeramente que el área de **"Atención a la mujer"** se integre en la de "Atención a las personas adultas y mayores".

La lactancia materna debería ser completada como una opción más para la mujer que quiere ser madre.

Se debería **eliminar la atención al climaterio** como servicio explícitamente formulado.

Los problemas de salud relacionados con la sexualidad y la reproducción deberían ser abordados **incluyendo a los hombres**. Ello se subsanaría **introduciendo una sección de salud sexual y reproductiva** en la que se abordaran las cuestiones relacionadas a la sexualidad, anticoncepción, prevención de infecciones de transmisión sexual y preparación para la maternidad y paternidad con hombres y mujeres en todas las etapas vitales.

La CS debe de **incluir la interrupción voluntaria del embarazo** –IVE- de acuerdo a la Ley Orgánica 2/2010 de 3 de marzo de Salud Sexual y Reproductiva y de la Interrupción Voluntaria del Embarazo.

Ampliar el marco de definición de la violencia de género, elevando el cribado a todas las mujeres, con o sin pareja, así como a usuarias/os en relaciones con personas de su mismo sexo, incluyendo además otras manifestaciones de violencia que se dan en otros espacios como por ejemplo en el trabajo.

Incorporar en sus normas técnicas la indagación y **abordaje de ciertas condiciones psicosociales**.

Contemplar de manera específica los **riesgos psicosociales de cada sexo** en el Servicio de "Atención a las personas adultas y mayores" y en el servicio de "Prevención y detección de problemas en el anciano".

Visibilizar el **malestar psíquico** tanto de las mujeres como de los hombres.

Teniendo en cuenta que las CCAA deben de incluir, cuando menos, la cartera de servicios comunes del SNS que deben garantizarse a todos los usuarios del mismo, es necesario que la CS de Cantabria incluya la **atención a la salud mental** entre sus competencias.

Para hacer un abordaje integral de problemas como la HTA, la obesidad o la diabetes, es preciso **integrar ciertas condiciones de vida relacionadas con el género**.

Infancia/Adolescencia: **eliminar los controles al “niño sano”**, orientando esta área hacia intervenciones de promoción de la salud.

Orientar las actividades de promoción de la salud hacia **mejorar la información en cuanto a las diferencias sintomatológicas entre hombres y mujeres**, fundamentalmente en la enfermedad isquémica y coronaria.

En los Servicios de **“Atención al cuidador principal”** se deberían señalar algunas intervenciones diferenciadas según el sexo de quien cuida, la percepción de carga y el impacto del cuidado en el bienestar psíquico y social son diferentes para mujeres y hombres.

Respecto a la **accesibilidad** de las personas usuarias a los distintos servicios y programas incluidos en la CS, ésta debería incluir acciones que tengan como finalidad la **captación activa de personas con mayor riesgo** de padecer algún problema y menor probabilidad de usar el servicio.

En suma y como ya se ha venido indicando en este informe, existe en Cantabria la **necesidad de elaborar un Plan General de Salud** que oriente la política y permita desplegarla, tal como indica la Ley de Ordenación Sanitaria de Cantabria. Esta medida prioritaria permitiría **incluir una política de género transversal a todas las intervenciones en salud** en la Comunidad Autónoma.

Finalmente, **el GT de esta iniciativa se propone como agente colaborador del SCS** en la reformulación de los criterios de la CS y en la revisión, en principio, de las áreas que necesitan más desarrollo, como es la salud sexual y reproductiva con inclusión de hombres y mujeres, y la atención a las personas en situación de dependencia, desde el abordaje propuesto en este informe. Este pilotaje proporcionaría una experiencia singular y constituiría una buena práctica para el sistema de salud de Cantabria y para el Sistema Nacional de Salud.

11. Bibliografía

Borrel I, Carrió F. El modelo biopsicosocial en evolución. Medicina Clínica (Barcelona); 119(5):175-9. 2002.

Delgado A, Sánchez MC, Galindo I, Pérez C, Duque MJ. Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. Atención Primaria; 27: 3-11. 2001.

De la Revilla L, Aviar R, Castro JA. La utilización de los servicios de salud y los motivos de consulta como indicadores de disfunción familiar. Atención Primaria; 13(2):73-76. 1994.

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Plan de Actuación: Salud para las Mujeres 2004-2007. Gobierno de Cantabria. 2004.

Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad. Protocolo de Actuación Sanitaria ante los Malos Tratos. Gobierno de Cantabria. 2005.

Escolar Pujolar A. Determinantes sociales frente a estilos de vida en la diabetes mellitus de tipo 2 en Andalucía: ¿la dificultad para llegar a fin de mes o la obesidad? Gaceta Sanitaria; 23:427-432. 2009.

Esteban ML. Re-producción del cuerpo femenino. Discursos y prácticas acerca de la salud. Tercera Prensa. 2001.

García-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I, Maroto-Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria; 18 (Supl. 2): 83-92. 2004.

Garí Pérez A. Hablamos de salud. Serie Lenguaje 5. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid. 2006.

Gérvas J, Ortún V. Caracterización del trabajo asistencial del médico general/ de familia. Atención Primaria; 16:501-506. 1995.

Grupo de Trabajo Menopausia y Postmenopausia. Guía de Práctica Clínica sobre la menopausia y Postmenopausia. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Asociación Española para el Estudio de la menopausia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Centro Cochrane Iberoamericano. Barcelona. 2004.

Hart JT. The inverse care law. Lancet; 1: 405-412. 1971.

Krieger N. Epidemiology and the web of causation: has anyone seen the spider? *Social Science Medicine*; 39: 887-903. 1994.

Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective. *International Journal of Epidemiology*; 30:668-77. 2001.

Kuper H, Marmot M, Hemingway H. Systematic review of prospective cohort studies of psychosocial factors in the etiology and prognosis of coronary heart disease. *Seminars in Vascular Medicine*; 2:267-314. 2002.

Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*; 22: 443-450. 2008.

Lledó Cunill A. Las profesiones de la A a la Z. Serie Lenguaje 4. Instituto de la Mujer. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid: 2006.

López García-Franco A, Alonso Coello P, Bailón Muñoz E, Gutiérrez Teira B, Iglesias Piñeiro MJ, Ojuel Solsona J, Fuentes Pujol M, Landa Goñi J. Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria –semFYC-. Actividades preventivas en el climaterio y menopausia. 2009. Disponible en <http://www.papps.org>

Menopausal Combined Hormone Therapy Update. *Therapeutics Letter*. Oct-Dec 2002; 46. Disponible en: <http://www.ti.ubc.ca/pages/letter46.htm>

Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto nacional de la Salud (INSALUD). Cartera de Servicios de atención primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura. 4ª Ed. Madrid: Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Coordinación Administrativa; 2001. Disponible en: <http://www.ingesa.msc.es/estadEstudios/documPublica/pdf/cartera.pdf>

Ministerio de Sanidad y Política Social. Avanzando hacia la equidad: Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. Comisión para reducir las desigualdades en salud en España. Dirección General De Salud Pública y Sanidad Exterior. Informe. 2010. (a).

Ministerio de Sanidad y Política Social. Anteproyecto de Ley General de Salud Pública. 2010. (b).

Nieto Munuera J, Abad Mateo MA, Torres Ortuño A. Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica. *Anales de Psicología*; 14: 75-81. 1998.

Observatorio de Salud Pública de Cantabria. Consejería de Sanidad. Plan de Actuación 2007-2010. Gobierno de Cantabria. 2007.

OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2004.

OMS. Comisión sobre Determinantes Sociales en salud. Subsanan las desigualdades en una generación. Ginebra. 2008.

Pearlstein TB. Hormones and depression: what are the facts about premenstrual syndrome, menopause and hormone replacement therapy?. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*; 173: 646-53. 1995.

Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria general técnica. Agencia de Calidad del SNS. Madrid. 2006.

Rohlfs I, García MM, Gavalda L, Medrano MJ, Juvinyà Do, Baltasar A. Género y cardiopatía isquémica. *Gaceta Sanitaria*; 18 (supl.2): 55-64. 2004.

Rosenfeld, JA. La enfermedad cardíaca en la mujer. Estadísticas específicas de género y estrategias de prevención para una población de riesgo. *Postgraduate Medicine*; 5: 77-83. 2001.

Servicio Madrileño de la Salud. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Revisión 2009.

Shatzkin A, Cupples A, Heeren T, Morelock S, Kannel W. Sudden death in the Framingham heart study: differences in incidence and risk factors by sex and coronary disease status. *American Journal of Epidemiology*; 120: 888-899. 1984.

Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria –semFYC–. Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud –PAPPS–. Recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud en la infancia y la adolescencia. 2009. Disponible en <http://www.papps.org>

Sowers MR, LaPietra MT. Menopause: its epidemiology and potential association with chronic diseases. *American Journal of Epidemiology*. *Epidemiol Rev*; 17: 287-302. 1995.

Torres Rius M. Los efectos de los estereotipos de género en la atención a la salud. Avances del estudio cualitativo realizado. Ponencia presentada en la Reunión del Observatorio de Salud de las Mujeres. 2007.

Valls Llobet C. Aspectos biológicos y clínicos de las diferencias. Quark: Ciencia, medicina, comunicación y cultura, 27. 2003. Disponible en:

<http://www.prbb.org/quark/27/027041.htm>

Valls Llobet C. Mujeres invisibles. Random House Mondadori. Barcelona. 2006.

Velasco Arias S. Evolución de los enfoques de género en salud. Intersección de teorías de la salud y teoría feminista. Material docente del Diploma de Especialización de Género y Salud Pública. Escuela Nacional de Sanidad y Observatorio de Salud de la Mujer del Ministerio de Sanidad y Consumo, e Instituto de la Mujer del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 1ª Edición. 2006.

Velasco Arias S, Lopez Doriga B, Tourné Garcia M, Barceló Barceló I, Luna Rodríguez C. Evaluación de una intervención biopsicosocial para el malestar de las mujeres en atención primaria. Feminismo /s: revista del Centro de Estudios sobre la Mujer de la Universidad de Alicante; 10:111-131. 2007.

Velasco Arias S. Sexos, género y salud. Teoría y métodos para la práctica clínica y programas de salud. Minerva Eds. Madrid. 2009.

Wenger NK. Situación actual de la prevención hormonal de la enfermedad coronaria en la menopausia. Revista Española de Cardiología; 56:1-8. 2003.

12. Anexo

La CS del Sistema Nacional de Salud

La CS del SNS se estructura de acuerdo a criterios de atención y servicios específicos relativos a la mujer, la infancia, la adolescencia, los adultos, la tercera edad, los grupos de riesgo y los enfermos crónicos.

- *Los servicios de atención a la infancia:*
 - Valoración del estado nutricional, del desarrollo pondero-estatural y del desarrollo psicomotor.
 - Prevención de la muerte súbita infantil.
 - Consejos generales sobre desarrollo del niño, hábitos nocivos y estilos de vida saludables.
 - Educación sanitaria y prevención de accidentes infantiles.
 - Orientación anticipada para la prevención y detección de los problemas de sueño y de esfínteres.
 - Detección de los problemas de salud, con presentación de inicio en las distintas edades, que puedan beneficiarse de una detección temprana en coordinación con atención especializada, a través de las actividades encaminadas a:
 - Detección precoz de metabulopatías.
 - Detección de hipoacusia, displasia de articulación de cadera, criptorquidia, estrabismo, problemas de visión, problemas del desarrollo puberal, obesidad, autismo, trastornos por déficit de atención e hiperactividad.
 - Detección y seguimiento del niño con discapacidades físicas y psíquicas.
 - Detección y seguimiento del niño con patologías crónicas.
- *Servicios de atención a la adolescencia:*
 - Anamnesis y consejo sobre hábitos que comporten riesgos para la salud, como el uso de tabaco, alcohol y sustancias adictivas, incluyendo la prevención de los accidentes.
 - Valoración y consejo en relación a la conducta alimentaria y a la imagen corporal.
 - Promoción de conductas saludables en relación a la sexualidad, evitación de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.

- *Atención a la mujer (similar en Cantabria y en el SNS)*
- *Atención a personas adultas*
 - Atención de personas con VIH+ y enfermedades de transmisión sexual con el objeto de contribuir al seguimiento clínico y mejora de su calidad de vida y evitar las prácticas de riesgo.
 - Atención a otras conductas adictivas. Incluye la detección, la oferta de apoyo sanitario especializado, si se precisa, para abandono de la dependencia y la prevención de enfermedades asociadas.
 - Detección precoz y abordaje integrado de los problemas de salud derivados de las situaciones de riesgo o exclusión social, como menores en acogida, minorías étnicas, inmigrantes u otros.
 - Atención a las personas mayores:
 - Actividades de promoción y prevención en relación a:
 - Alimentación saludable y ejercicio físico.
 - Identificación de conductas de riesgo.
 - Prevención de caídas y otros accidentes.
 - Detección precoz del deterioro cognitivo y funcional.
 - Detección precoz del deterioro físico, con especial énfasis en el cribado de hipoacusia, déficit visual e incontinencia urinaria.
 - Consejo y seguimiento del paciente polimedcado y con pluripatología.
 - Detección y seguimiento del anciano de riesgo, según sus características de edad, salud y situación sociofamiliar.
 - Atención al anciano de riesgo: Valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria. Esta valoración conlleva la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada.
- *Atención a la salud mental en coordinación con los servicios de atención especializada.*
 - Actividades de prevención y promoción, consejo y apoyo para el mantenimiento de la salud mental en las distintas etapas del ciclo vital.

- Detección, diagnóstico y tratamiento de trastornos adaptativos, por ansiedad y depresivos, con derivación a los servicios de salud mental en
- caso de quedar superada la capacidad de resolución del nivel de atención primaria.
- Detección de conductas adictivas, de trastornos del comportamiento y de otros trastornos mentales y de reagudizaciones en trastornos ya conocidos, y, en su caso, su derivación a los servicios de salud mental.
- Detección de psicopatologías de la infancia/adolescencia, incluidos los trastornos de conducta en general y alimentaria en particular, y derivación en su caso al servicio especializado correspondiente.
- Seguimiento de forma coordinada con los servicios de salud mental y servicios sociales de las personas con trastorno mental grave

La CS de la Junta de Andalucía

Se estructura de acuerdo a los tres pilares básicos de la atención (la persona, la familia y la comunidad) de la siguiente forma:

Introducción

➤ *Área de atención a la persona*

- Atención Sanitaria en Consulta
- Atención Sanitaria en Urgencias
- Atención relacionada con la salud sexual y etapa reproductiva
- Anticoncepción¹³

¹³ Atención sanitaria que se oferta a personas en edad fértil, con dos objetivos fundamentales: ofrecer los medios que permitan disfrutar de una sexualidad saludable; y ayudar a decidir en las mejores condiciones, el momento y el número de hijos que desean tener. Facilitar que las personas tomen una decisión sobre el método anticonceptivo más adecuado a sus necesidades, dando una información completa y actualizada, que les permita elegir el método anticonceptivo entre las alternativas existentes. Las actividades que incluye el servicio son: Indicación y seguimiento de métodos anticonceptivos no quirúrgicos y asesoramiento sobre otros métodos anticonceptivos; Información y educación sexual; Atención a jóvenes y adolescentes; Anticoncepción de urgencia (píldora postcoital); Información y prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual (incluyendo VIH).

- Atención a mujeres que solicitan I.V.E. (Interrupción voluntaria del embarazo).
 - Información sobre estudio de infertilidad/esterilidad
 - Atención al climaterio
 - Seguimiento de Embarazo
 - Atención a problemas cardiovasculares
 - Atención al tabaquismo
 - Atención a Personas con Procesos Crónicos
 - Abordaje del cáncer
 - Atención a personas que requieren cuidados específicos
 - Inmunizaciones del adulto
 - Consejo dietético
 - Cirugía Menor
 - Examen de salud de las personas mayores de 65 años
 - Atención sanitaria frente a la violencia de género
 - Atención a la infancia¹⁴ y a la adolescencia
 - Detección precoz de metabopatías
 - Prevención del síndrome de muerte súbita
 - Promoción de la lactancia materna, alimentación adecuada y hábitos saludables
 - Vacunaciones infantiles
 - Prevención de accidentes
 - Prevención del maltrato en la infancia
 - Atención a problemas específicos
 - Oferta de especial seguimiento en la adolescencia
 - Salud escolar
- *Área de atención a la familia*
- Atención al duelo
 - Atención a las familias en riesgo

¹⁴ No mencionando explícitamente las revisiones del “niño sano”.

- Atención al maltrato de personas ancianas
- *Área de atención a la comunidad*
 - Educación y promoción de la salud
 - Atención al riesgo social en salud
- *Dispositivos de Apoyo*
 - Salud Bucodental
 - Rehabilitación
 - Centros de Enfermedades de Transmisión Sexual
 - Unidades de Apoyo al Plan Integral al tabaquismo de Andalucía (PITA)
 - Servicio de Atención Ciudadana
- *Servicios de Salud Pública*
 - Vigilancia epidemiológica
 - Seguridad Alimentaria
 - Salud Ambiental

La propuesta de CS del Proyecto AP21

Los criterios son por edad (niños, adolescentes, adultos y mayores), problemas (agudos, crónicos), servicios de atención a la mujer (que incluye la anticoncepción, invisible en el hombre), atención al enfermo con VIH, problemas de salud mental, enfermo terminal, a la dependencia y la discapacidad, a la situación de riesgo familiar y de exclusión social, atención específica dirigida a la familia, servicios de apoyo (que incluyen: Trabajador social, Fisioterapia, Unidades de rehabilitación de pacientes con incapacidad, Unidades de terapia y rehabilitación en salud mental (psicólogos), Matronas, Salud bucodental, Equipos de apoyo en la atención domiciliaria, Unidades de atención continuada/urgencia, Centros de realización y análisis de pruebas complementarias básicas: laboratorio de análisis clínico, radiodiagnóstico, cualquier otra unidad que permita la correcta prestación de los Servicios desde el EAP).

La atención a la infancia es similar a la de la CS del SNS, continúa con las revisiones del niño sano.

Introduce como elemento innovador la salud de los trabajadores.

La propuesta del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud –PAPPS- de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria –semFYC-.

Recomendaciones sobre actividades preventivas y de promoción de la salud para la infancia y la adolescencia.

➤ *Actividades de salud por grupos de edad (0-18 años)*

Controles de salud de recién nacido a 24 meses de edad

- Consejo para la promoción de la lactancia materna.
 - Consejo de alimentación saludable.
 - Consejo sobre tabaquismo pasivo.
 - Consejo para la prevención del síndrome de muerte súbita del lactante.
 - Consejo para prevención de accidentes en el automóvil y el hogar.
 - Consejo de salud bucodental.
 - Consejo de protección solar.
 - Cribado de hipotiroidismo y fenilcetonuria.
 - Supervisión del crecimiento: peso, talla y perímetro craneal.
 - Detección de maltrato.
 - Cribado de trastornos del desarrollo psicomotor y de parálisis cerebral infantil en grupos de riesgo.
 - Cribado de trastornos visuales.
 - Cribado de hipoacusia.
 - Cribado criptorquidia.
 - Cribado de la displasia evolutiva de cadera.
 - Cribado de patología bucodental.
 - Cribado de ferropenia (grupos de riesgo).
 - Profilaxis con vitaminas y oligoelementos.
 - Vacunaciones.
- *Controles de salud de los 3 a los 18 años*
- Consejo de alimentación saludable.
 - Consejo sobre tabaquismo pasivo y activo.

- Consejo de actividad física y ejercicio.
 - Consejo prevención accidentes en el hogar y fuera del hogar.
 - Consejo de higiene bucodental.
 - Consejo de protección solar.
 - Consejo sobre sexualidad, protección ITS y embarazo no deseado.
 - Consejo respecto al consumo de tabaco, alcohol o drogas.
 - Evaluación psicomotora, de la adaptabilidad escolar y social.
 - Supervisión del crecimiento: peso y talla.
 - Cribado de obesidad.
 - Detección del maltrato.
 - Cribado de trastornos de la visión: estrabismo, defectos de refracción, ambliopía.
 - Cribado de hipoacusia.
 - Cribado de hipertensión arterial.
 - Cribado de caries, malposición dentaria, enfermedad periodontal.
 - Cribado de dislipemia (grupos de riesgo).
 - Cribado de infección tuberculosa (grupos de riesgo).
 - Profilaxis con oligoelementos (grupos de riesgo).
 - Vacunaciones.
- *Controles de salud en poblaciones de riesgo*
- Programa específico para la atención del nacido con muy bajo peso (igual o menor de 1.500 g).
 - Programa específico para la atención de población con síndrome de Down.
 - Cribado de parálisis cerebral infantil en población de riesgo.
 - Cribado de infección tuberculosa en población de riesgo.
 - Cribado de ferropenia en población de riesgo.
 - Cribado auditivo en población de riesgo.
 - Profilaxis con vitaminas y oligoelementos en población de riesgo.
 - Actividades preventivas del maltrato en menores de riesgo.

- Cribado de dislipemia en población de riesgo.
- Vacunación en grupos de riesgo.