



# **Cartera de servicios de atención primaria**

**Desarrollo, organización, usos y contenido.**

## **Sistema Nacional de Salud**

**Mayo 2010**

## **Instituto de Información Sanitaria (IIS)**

Mercedes Alfaro Latorre (Directora)

### **Coordinación**

María de los Santos Ichaso Hernández-Rubio (IIS)

### **Elaboración**

Félix Miguel García, Ana Isabel Fernández Quintana (IIS)

### **Grupo de trabajo de Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) y colaboradores**

#### Andalucía

Pilar Goya Ramos  
Ignacio Pajares Bernaldo de Quirós

#### Aragón

Natalia Enríquez Martín  
José María Abad Díez

#### Asturias (Principado de)

Laura Muñoz Fernández

#### Illes Balears

Joan Pou Bordoy  
Antònia Salvà Fiol

#### Canarias

Marcos Estupiñán  
Enrique Pérez Díaz  
Patricia Carrillo Ojeda (Col.)

#### Cantabria

Juan Gregorio González Pérez  
Germán Romero Ruiz

#### Castilla y León

Julio Antonio García Crespo

#### Castilla-La Mancha

Pedro Luis López Galindo  
Miguel Ángel García Sánchez

#### Cataluña

Montse Bustins Poblet  
Miquet Olivet Montaner (Col.)

#### Comunidad Valenciana

Manuel Yarza Cañellas  
Julia Calabuig Pérez  
María José Avilés Martínez (Col.)

#### Extremadura

Eugenio Molina Barragán

#### Galicia

Eladio Andión Campos  
Ana Clavería Fontán (Col.)

#### Madrid (Comunidad de)

Azucena Sendagorta Camino  
Aurelio Pérez Sania  
Elena Bartolomé Benito

#### Murcia (Región de)

Juana María Cayuela Fuentes  
Olga Monteagudo Piqueras

#### Navarra (Comunidad Foral de)

Javier Apezteguía Urroz  
Álvaro Gimeno Aznar

#### País Vasco

Carlos Sol´a Sarabia  
Begoña Gutiérrez Ruiz

#### La Rioja

Belén Ruiz Nicolás  
Pilar Saenz Ortiz  
Adolfo Cestafe Martínez

### **Apoyo técnico**

María Mercedes Blázquez Beiro, María Soledad Martín Turiño, Oscar Sánchez Prieto (IIS)

Edita: Ministerio de Sanidad y Política Social.

NIPO en línea: 840-10-068-0

Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP)

# ÍNDICE

<b>RESUMEN EJECUTIVO</b> .....	4
<b>DOCUMENTO COMPLETO</b> .....	8
<b>Introducción</b> .....	8
<b>I. Nota histórica sobre la Cartera de Servicios de Atención Primaria</b> .....	10
I.1. Propósito general.....	10
I.2. Estructura, contenido general y desarrollo.....	14
I.3. Limitaciones.....	15
I.4. Bibliografía.....	17
<b>II. Desarrollos específicos de la Cartera de Servicios de Atención Primaria (CS AP) en las comunidades autónomas (CCAA)</b> .....	18
II.1. Introducción.....	18
II.2. Rasgos generales de la evolución de la CS AP en las CCAA.....	18
II.3. Clasificación de las CS AP de las CCAA.....	20
II.4. Listado general de Servicios.....	21
II.5. Informes sobre la CS AP de cada Comunidad Autónoma.....	26
Andalucía.....	26
Aragón.....	35
Asturias (Principado de).....	41
Cantabria.....	46
Castilla y León.....	49
Comunidad Valenciana.....	53
Extremadura.....	56
Galicia.....	65
Madrid (Comunidad de).....	69
Murcia (Región de).....	74
Navarra (Comunidad Foral de).....	79
País Vasco.....	88
Ingesa.....	91
Balears, Canarias, Castilla-La Mancha, Cataluña y La Rioja.....	94
<b>III. Contenido clínico de las CS AP de las CCAA. Normas de calidad</b> .....	95
III.1. Introducción.....	95
III.2. Resumen narrado.....	98
III.3. Resumen detallado.....	119
<b>IV. Nota sobre algunos aspectos organizativos específicos</b> .....	187
Atención a la mujer, a la salud bucodental y atención fisioterapéutica.....	187
<b>V. Bibliografía General</b> .....	192

## RESUMEN EJECUTIVO

La Cartera de Servicios de Atención Primaria (CS AP) ha sido desde los años 90 un instrumento clave para la organización de la atención y la gestión de la AP en España, así como para la introducción de criterios de calidad explícitos en las prestaciones sanitarias ofrecidas a la población desde el primer nivel de atención, y su evaluación sistemática.

Las transferencias sanitarias a las Comunidades autónomas (1981-2002) han permitido desarrollos y enfoque distintos de sus CS AP, pero pueden describirse una serie de rasgos comunes o genéricos que facilitan una comprensión global, sin perjuicio de los rasgos diferenciales de las diversas CS AP, que se describen en el documento completo.

### Concepto de CS AP

En el contexto de la AP en España el término CS AP no alude a un catálogo de prestaciones, esto es, al conjunto exhaustivo de las prestaciones ofertadas en una zona o área de salud. La CS AP es una selección de servicios priorizada y organizada de una forma específica, que responde a necesidades y a demandas de la población, se sustenta en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria y tiene base poblacional.

La unidad básica o elemental de la CS AP es el “servicio”. Se conoce como “servicio” a un conjunto de actividades o criterios de actuación que guían la atención a un problema o proceso de salud clínico o preventivo con especificación de la población a la que se dirige y de otros aspectos relacionados.

El listado completo de servicios compone la CS AP.

### Estructura general de los Servicios y de la CS AP

Un servicio-tipo se estructura de la siguiente manera:

- a) Definición, criterios de inclusión y exclusión.
- b) Requisitos de acreditación.
- c) Población a la que se dirige.
- d) Normas de calidad, con aclaraciones y excepciones si procede.
- e) Sistema de información y registro.
- f) Indicadores de cobertura, proceso y/o resultados.
- g) Soporte bibliográfico.
- h) Anexos clínicos, si procede.

Esta estructura general puede presentar variantes en función del servicio de que se trate o de las distintas Comunidades Autónomas.

Los servicios que componen las distintas CS AP de las CCAA se organizan de modos diversos pero, en general, se utilizan agrupaciones poblacionales u organizacionales. Así, es común la existencia de servicios dirigidos al niño y joven, a la mujer, al adulto, al anciano y, en ciertos casos, a la familia y a la comunidad.

### **Finalidad y utilidad general de la CS AP**

La finalidad general de las CS AP es promover la atención de los procesos más frecuentes y relevantes en AP con arreglo a criterios científico técnicos consensuados, reducir la variabilidad clínica evitable, facilitar la equidad en la prestación de servicios, proporcionar elementos organizativos interprofesionales, servir de marco para la evaluación y la implementación de programas de mejora de la calidad y facilitar la gestión descentralizada de los servicios sanitarios.

### **Promoción de la calidad asistencial.**

Las normas de atención constituyen el esqueleto de las CS AP y concretan las actuaciones recomendadas para la valoración inicial, el seguimiento y las intervenciones en el problema de salud que define el servicio. Se suelen formular como criterios de calidad (condiciones objetivables de buena práctica clínica), acotados, si así se requiere, por excepciones y/o aclaraciones. Las normas se elaboran mediante consenso y pueden sustentarse en protocolos o en guías clínicas, previamente acreditadas, o en bibliografía.

### **Evaluación de los servicios sanitarios.**

Las normas de atención, así como la población diana y los criterios de inclusión y exclusión en cada servicio proporcionan las bases para la construcción de Indicadores. Estos indicadores suelen incluir Cobertura, elementos del Proceso de atención y Resultados. Una selección de estos indicadores se evalúa, con carácter anual, a través de auditorías, realizadas mediante procedimientos diversos y a distintos niveles de agregación: profesional individual, Equipo de Atención Primaria (EAP), Área de Salud...

### **Gestión.**

Los indicadores evaluados, pueden ser incorporados a los contratos de gestión realizados entre las diversas unidades funcionales de los servicios de salud (servicios centrales autonómicos, áreas de salud, EAP, profesionales)

como objetivos de gestión y como parte de la política de incentivos y de resultados.

### **Proyectos de mejora.**

En ciertas ocasiones los resultados de la evaluación de la Cartera de Servicios se utiliza como base para el diseño y ejecución de proyectos de mejora de calidad en áreas susceptibles.

### **Metodología general de la cartera de servicios**

La selección y elaboración de los contenidos de las CS AP se ha venido realizando desde sus inicios en el seno de grupos profesionales multidisciplinares, coordinados por grupos centrales. La metodología utilizada ha sido la del consenso científico-técnico. En los últimos años y en algunas comunidades autónomas se han ido incorporando metodologías de la Medicina Basada en la Evidencia y de la gestión por procesos.

El proceso de evaluación incluye auditorías internas, externas o mixtas, manuales de procedimiento, utilización de herramientas electrónicas basadas en la explotación de la historia clínica digital y elaboración de instrumentos de síntesis de los resultados de la evaluación.

### **Desarrollos específicos de la CS AP en las comunidades autónomas**

La CS AP de cada Comunidad Autónoma se ha mostrado como un instrumento dinámico, que ha ido incorporando cambios en el transcurso del tiempo: reorganización de servicios, incorporación de nuevos servicios (por ejemplo, atención al cuidador, atención a la dependencia y a la familia, atención a la violencia de género, vigilancia epidemiológica, etc.). En algunos casos se ha optado por centrar la atención en ciertos aspectos desarrollando “ofertas preferentes”.

Se pueden clasificar las CS AP de las diversas comunidades autónomas en tres grandes tipos: las basadas en coberturas y normas de calidad (Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Murcia, Madrid), las basadas en procesos asistenciales (Andalucía, Asturias, Galicia) y las centradas en indicadores (Aragón, País Vasco, Navarra).

El documento completo incluye un informe individual de cada Comunidad Autónoma.

### **Contenido clínico de las CS AP de las comunidades autónomas (Criterios de calidad)**

El documento proporciona un desglose de los criterios de calidad incluidos en cada servicio en las distintas CS AP. Permite observar las grandes

áreas de coincidencia y también detectar áreas de variabilidad en las recomendaciones.

### **Documentación clínica**

El Documento Completo contiene un listado bibliográfico con enlaces que incluye los documentos originales de las CS AP, documentos clínicos de apoyo elaborados en las distintas comunidades autónomas y algunos documentos de interés relacionados.

## INTRODUCCIÓN

La Cartera de Servicios de Atención Primaria se estableció en España en los años 90 (1991 en el INSALUD, 1993 en Canarias, 1995 en Comunidad Valenciana, 1998 en Navarra y País Vasco, 1999 en Andalucía y 2000 en Galicia).

La CS AP, desde sus inicios, no se concibió únicamente como un catálogo de prestaciones. Se construyó, más bien, como una selección de servicios priorizada, en función de necesidades y demandas de la población y en prioridades de política sanitaria, y que se caracterizó por disponer una organización específica para la prestación de los servicios. Esta organización contiene tres elementos fundamentales:

- base poblacional con identificación de la población diana,
- definición de criterios de calidad explícitos en las actuaciones enmarcadas en el servicio,
- definición de indicadores y metodología para su evaluación.

Es por ello que las funciones de la CS AP trascienden las de un catálogo, e incluyen funciones de herramienta de gestión, instrumento de implantación de una práctica clínica homogénea basada en criterios científico-técnicos, y herramienta de mejora continua de la calidad asistencial a través de la evaluación sistemática.

Desde el punto de vista de su desarrollo cabe destacar dos características básicas de la CS AP: la participación de profesionales asistenciales y directivos en todas las fases, y su actualización y renovación a lo largo del tiempo. En conjunto puede afirmarse que la CS AP ha sido pionera en la implantación en un Sistema Nacional de Salud de este tipo de instrumento.

En 2006 se publicó el RD 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. Se trata básicamente de un catálogo de las prestaciones que se ofertan de modo común en el conjunto del SNS, y recoge las “carteras de servicios comunes” de Salud Pública, Atención Primaria, Atención Especializada, Atención de Urgencia, prestación farmacéutica, prestación ortoprotésica, productos dietéticos y transporte sanitarios.

La introducción del término “Cartera de servicios” para denotar el catálogo común de prestaciones, puede en ciertos contextos crear algún problema semántico. Pues, como se ha destacado, en la tradición de la Atención Primaria, ‘Cartera de servicios’ no equivale al “catálogo” pormenorizado y

exhaustivo de prestaciones, sino a un modo específico de organizar la atención que se presta. De ahí que quepa la posibilidad de que un servicio incluido en la CS comunes de AP del SNS, y por lo tanto, ofertado en todas las CCAA, no esté recogido en la también denominada “CS AP” de alguna Comunidad Autónoma. Es decir, ese servicio se presta de modo efectivo, pero no a través de los estándares organizativos que se definen en la “CS AP” que aquí se desarrolla.

El informe consta de 5 partes:

La **primera parte** tiene por objeto trazar un breve recorrido histórico-conceptual de la CS AP a partir de sus inicios, recorrido que permite comprobar el dinamismo de la Atención Primaria en España desde que se inició su reforma en 1984 y se consolidaron las transferencias sanitarias a las CCAA principiadas en 1981 y culminadas en 2002.

La **segunda parte** contiene los informes específicos de las CS AP de cada Comunidad Autónoma. Cada informe se organiza en 4 apartados:

- Antecedentes.
- Finalidades y usos.
- Estructura de la Cartera y sus servicios.
- Listado completo de los servicios.
- Documentos de referencia.

Estos informes específicos van precedidos de una síntesis evolutiva y clasificatoria.

La **tercera parte** presenta una síntesis de las normas de calidad establecidas en las CCAA, especificando recomendaciones y periodicidad. Se presentan dos aproximaciones: una exposición detallada y un resumen narrado.

En la **cuarta parte** se presenta una somera descripción de la organización específica de los servicios ofertados en atención primaria con el concurso de diversas modalidades de unidades de apoyo.

En la **quinta parte** se recoge la bibliografía de referencia, centrada en los documentos clínicos de apoyo elaborados en las diferentes CCAA, así como otros documentos de interés.

## I - NOTA HISTÓRICA

El objetivo de esta nota es reflejar, de manera muy sintética, el desarrollo histórico de la CS AP.

Como se ha señalado, la CS AP (su concepto e instrumentos) se inició en 1991 por el INSALUD, cuando únicamente se habían transferido 4 CCAA. Las carteras autonómicas comienzan a aparecer, salvo una, en el segundo quinquenio de los 90, más en su parte final, y con frecuencia han utilizado el modelo inicial.

Es por ello que en este apartado histórico está centrado en este modelo inicial de 1991 y en sus documentos. La descripción de los desarrollos históricos propios de cada Comunidad Autónoma se recoge en sus informes respectivos.

CCAA	Transferencias	CS AP*
Cataluña	1981	ND
Andalucía	1984	1999
País Vasco	1987	1998
C. Valenciana	1987	1995
Galicia	1991	2000
Navarra	1991	1998
Canarias	1994	1994
Resto	2002	1991

\* Fuente: Aguilera M et al. Oferta de servicios en atención primaria. Aten Primaria 2003;31:319-26.

### I.1. PROPÓSITO GENERAL DE LA CARTERA DE SERVICIOS DE AP

Aunque la primera publicación sobre la Cartera de Servicios de Atención Primaria (CS AP) data de 1993, ya en 1991 se estableció un catálogo de prestaciones (“servicios”) y que contenía el germen conceptual y organizativo de la CS AP.

La **reforma de la atención primaria** en España introdujo una serie de reformas estructurales y funcionales, entre las que la CS AP ha sido uno de los ejes sobre el que ha pivotado operativamente la introducción de varias de las innovaciones más relevantes en el desarrollo clínico y gestor del primer nivel de atención. Sus principios básicos se han consolidado, y también han evolucionado en los últimos 20 años, tanto en la vertiente clínica como en la organizativa.

En concreto la CS AP ha sido determinante en varios aspectos que a continuación se esbozan.

### **a) Catálogo de prestaciones.**

Desde el comienzo la CS AP se concibió como un “catálogo de prestación de servicios relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población, susceptibles de resolución desde el primer nivel de atención”, dada la necesidad de “hacer explícitos, normalizar y homogeneizar los diferentes servicios que la AP debía prestar”, garantizando su homogeneidad. De modo que quedaba manifiesta la voluntad de promover la equidad en la prestación de los servicios en la nueva Atención Primaria (AP).

Asimismo se previó su utilización como “instrumento para mostrar de una forma atractiva y comprensible a los usuarios, la actuación del nivel de AP”.

### **b) Herramienta de gestión.**

#### **b.1) Descentralización de la gestión y pacto de objetivos**

Para los equipos de atención primaria (EAP), la CS AP ha sido uno de los elementos más visibles de los programas o contratos de gestión, junto al uso racional de medicamentos y la adecuación al presupuesto pactado; y un instrumento importante en la introducción de una dirección descentralizada por objetivos hasta el nivel de las unidades de provisión.

#### **b.2) Incentivación**

La CS AP ha sido también uno de los componentes principales y más visibles de los procedimientos de incentivación a los profesionales, estrategia que fue incluida en muchos de los contratos de gestión a partir de 1993. De modo que, con sus ventajas e inconvenientes, la CS AP ha quedado ligada, en no poca medida, a la incentivación.

Dos nuevos conceptos que se acuñaron ligados al cálculo de incentivos, pero también a la comparabilidad, fueron el de “valor técnico” y “producto”.

El valor técnico es un parámetro que intenta valorar la carga de trabajo diferencial de cada servicio, ponderándolos, con el fin de facilitar la obtención de una carga global comparable. Hubo diversos modos para determinarlo, siempre basados en el consenso.

Se denominó “producto” a una medida sintética de cantidad y calidad de la CS AP ofrecida. La cantidad se calcula multiplicando la cobertura de cada servicio por su valor técnico, realizando el sumatorio y hallando el porcentaje sobre el máximo posible y la calidad se computó como el cumplimiento medio de las NT –ver más adelante- (en porcentaje). Este índice pasó a ser considerado como central, hasta el punto de afirmarse

que en la actualidad, la CS AP constituye el “producto” de Atención Primaria. De ahí que fuera éste el objeto de polémica más importante sobre el que se desarrolló el debate en los medios científicos (ver apartado Limitaciones).

### **c) Sistemas de información y registro**

La CS AP promovió la utilización habitual de la historia clínica en el primer nivel de atención, así como de los sistemas de registro, incluida la incorporación sucesiva de los procedimientos informáticos de codificación de la atención prestada en AP. En efecto, el registro actualizado y depurado de las personas incluidas en cada servicio, así como de las actividades clínicas realizadas en cada caso, fue un catalizador para la implantación sucesiva, y en gran medida ardua, de la historia clínica como requisito básico de la atención al paciente.

### **d) Calidad asistencial**

La CS AP pretendió servir desde su inicio como una herramienta de promoción de la calidad y homogeneidad de la atención prestada. De varias formas.

#### **d.1) Normas técnicas**

Al año siguiente de la creación de la CS AP, en 1992, se introdujeron lo que se ha vendido conociendo como Normas Técnicas Mínimas primero y como Normas Técnicas (NT) desde 1999. Las NT se concibieron como “criterios de correcta atención, específicamente definidos para cada servicio, de cuya relevancia y efectividad existe evidencia o consenso científico”. Las NT están formuladas técnicamente como criterios de calidad, esto es, como condiciones objetivables de buena práctica, con sus excepciones y aclaraciones, de modo que se puedan construir indicadores para su medida y fijar estándares de cumplimiento.

#### **d.2) Programas y Protocolos**

El fundamento de los servicios se hizo descansar en programas y/o protocolos de salud. De hecho un requisito para la acreditación efectiva de la implantación de un servicio era la existencia de un programa y/o protocolo que sustentara el servicio, programa/protocolo que se sometía a una evaluación de suficiencia.

#### **d.3) Programas/Proyectos de mejora de la calidad**

La CS AP también ha sido una vía a través de la que penetraron en AP las técnicas y los conceptos de la gestión de calidad, así como, de modo genérico, lo que se ha venido en llamar cultura de calidad en los profesionales de AP. A partir de la experiencia de evaluación de la CS AP

mediante auditorías (ver más adelante), en 1998 se impulsó el diseño y evaluación de proyectos de mejora de la calidad y la creación de Comisiones de Calidad en las Áreas de salud.

### e) Evaluación

La evaluación se integró como una parte de la CS AP desde su comienzo. No se trató de un principio genérico, sino de una estrategia bien planificada bajo las premisas de: rigor metodológico, confianza mutua y adaptación y corrección en función de la evaluación. Pretendía cumplir además con el objetivo básico de cualquier proceso de evaluación, esto es, la mejora continua, a través del análisis de los resultados de la evaluación, identificación de oportunidades de mejora, establecimiento de estrategias de mejora, introducción de medidas correctoras y reevaluación. Sin renunciar a la función de información y comparabilidad entre EAP, Áreas de salud y estándares de calidad.

Generalmente se han desarrollado (desde 1993) **manuales** para la valoración de la CS AP, con el objetivo de minimizar la potencial variabilidad del proceso de evaluación en función del observador y mejorar así la fiabilidad y validez de los procesos de auditoría. En ellos se definen aspectos como las fuentes de información válidas, criterios para el cálculo de los tamaños de muestra y selección de historias clínicas, o las aclaraciones necesarias para considerar el cumplimiento de los criterios de calidad.

El **contenido** básico de la evaluación consistía en sus comienzos en: servicios ofertados, cobertura de cada servicio y cumplimiento de normas técnicas (de una selección anual de servicios, en parte variable). En los primeros años, se incluyó también: la evaluación de la suficiencia de los programas y protocolos que sustentaban los servicios. Y a partir de 1998, la evaluación de criterios de inclusión con objeto de depurar los registros, mediante muestreo por lotes.

El **procedimiento** básico para la evaluación de las NT, de los criterios de inclusión y, en ocasiones, de la cobertura (estimación) fue la **auditoría clínica**, efectuada con periodicidad anual y con metodología explícita y homogénea, que incluía estudios de concordancia entre observadores y procesos de verificación externa en cada nivel.

### f) Roles profesionales

La CS AP supuso un apoyo conceptual y técnico a la nueva organización de la AP tras la reforma, al dotar de contenido normalizado a una parte de la consulta de enfermería, mediante la asignación de las distintas actividades

contempladas en los programas y protocolos que sustentaban a los diversos proveedores.

Una de las líneas de trabajo de la CS AP fue la del desarrollo de los planes de cuidados incluidos en muchos de los servicios de CS AP, estandarizando los cuidados mediante la metodología de procesos de Enfermería que, iniciado en 1998, cristalizó en un documento de 2001, que promovió la inclusión en un conjunto priorizado de servicios de normas técnicas y el abordaje de la incorporación de la metodología del proceso de atención de enfermería para la planificación de cuidador en la historias clínica informatizada.

## I.2. ESTRUCTURA, CONTENIDO GENERAL Y DESARROLLO

### Selección y organización de los Servicios

El criterio general para la selección de los servicios fue su priorización en función de los “problemas de salud y necesidades sentidas por la población, susceptibles de resolución desde el primer nivel de atención”.

Los servicios de la cartera se organizaron básicamente en torno a la atención a grupos poblacionales, y, en el caso de algunas unidades de apoyo, en función de los proveedores.

- Servicios de Atención al niño.
- Servicios de Atención a la mujer.
- Servicios de Atención al adulto-anciano.
- Servicios de Unidades de apoyo.
- Atención continuada, prestaciones, medios diagnósticos, gestoría-información (únicamente en la primera edición de la CS AP).

La mayor parte de los servicios tenían carácter obligatorio, con objeto de garantizar una oferta de servicios homogénea para todos los EAP. Y otros tenían carácter optativo en función de la organización y recursos disponibles localmente.

A la cartera inicial de 1991 se le fueron incorporando nuevos servicios, como los de: Prevención y detección de problemas en el anciano (1996), Atención al climaterio (1998), Cirugía menor (1999) y Atención al Joven (2001).

En 1997 se abrió una línea de trabajo para la “definición de criterios de evaluación de patologías agudas en el Niño y en el Adulto”, previamente priorizadas. Se realizó un pilotaje y una encuesta en 1998 que no resultaron muy favorables, por lo que realizó un segundo pilotaje sobre concordancia y una nueva encuesta de opinión en 2000, que resultó positiva salvo en la carga de trabajo de evaluación por problemas de registro, por lo que se pospuso una posible implantación al desarrollo de la informatización.

## Contenido

El contenido de los servicios incluye “actividades de promoción, prevención, curación y seguimiento del problema”.

### Estructura general de cada servicio

- a) Indicador de cobertura, con especificación del numerador (criterios de inclusión en el servicio) y denominador (población diana).
- b) Normas técnicas (criterios de calidad de proceso), con indicación de excepciones, aclaraciones, periodicidad, registro y, en algunas ocasiones, requisitos previos.
- c) Anexos (cuestionarios clínicos, por ejemplo).
- d) Bibliografía.

### Procedimientos para el desarrollo de la CS AP

Dos grandes rasgos que caracterizaron el desarrollo de la CS AP:

#### Metodología explícita

Todo el proceso siguió las premisas del consenso y de la aplicación de procedimientos transparentes fundamentados en el conocimiento científico, tanto en lo referido a la metodología (criterios de acreditación de servicios, de evaluación de la suficiencia de programas y protocolos, de definición de NT, de sistemas de registro, de procedimientos de evaluación) como en lo que respecta a los contenidos de las actividades clínicas. Adicionalmente las cuestiones metodológicas y de contenido se fueron sometiendo a revisión en función de los problemas encontrados y las sugerencias y propuestas de mejora recibidas.

#### Participación profesional

El desarrollo de la CS AP contó con la participación de numerosos grupos de trabajo de profesionales multidisciplinares y también con la participación de las sociedades científicas de Atención Primaria.

## I.3. LIMITACIONES

El largo periodo de vigencia de la CS AP permite ver con perspectiva sus logros, pero también sus limitaciones, e incluso sus desviaciones respecto a sus fines y propósitos. Se enumeran brevemente algunas de ellas.

### a) Visión parcial de la AP

La actividad recogida en la CS AP, aún incidiendo en un conjunto relevante de problemas, y que se ha ido ampliando progresivamente, es sólo una parte de la actividad clínica desarrollada en AP. Esta circunstancia, de un lado, limita

el alcance de la CS AP como equivalente a su “producto”. Y de otro, ha tenido como consecuencia los intentos de incrementar el espectro de la CS AP, tanto interna (ampliación de NT hacia nuevos campos: tratamiento, uso racional, resultados) como externamente (incluir procesos agudos y otras patologías prevalentes).

#### **b) Contenido preventivo más allá de las evidencias**

Una de las críticas que se ha realizado a la CS AP es el hincapié que hace en la realización, no justificadas suficientemente por evidencias, de determinadas actividades o de su frecuencia de realización. Son ejemplos clásicos ciertos aspectos de las revisiones del niño sano, las ecografías en el embarazo o la frecuencia de los controles de peso y presión arterial.

#### **c) Papel de la enfermería en AP**

En los últimos años se ha abierto el debate sobre las funciones de la enfermería, en ocasiones muy enfocadas al desarrollo de actividades repetitivas y poco eficaces incluidas en la CS AP y centradas en la promoción y prevención de la salud, en detrimento de las actividades curativas o asistenciales, como los planes de cuidados o la atención domiciliaria.

#### **d) Incentivos**

Las políticas de incentivación son instrumentos muy complejos y sensibles. La CS AP ha sido percibida, en ciertos momentos y lugares, como un instrumento destinado fundamentalmente al reparto de incentivos, y de ese modo, ha aparecido ligada a las consecuencias no deseadas que los incentivos pueden tener.

#### **e) La cuestión del concepto y cálculo del producto**

Una de las cuestiones más polémicas ha sido la utilización de la CS AP como una medida del “producto” de la atención primaria. Inicialmente se consideraron conjuntamente parámetros cuantitativos (cobertura x valor técnico) y cualitativos (cumplimiento de NT) y con posterioridad únicamente cuantitativos. También se ha hecho hincapié en la ausencia de medición de indicadores de resultados en salud, o en la imposibilidad de estimar y comparar productividad o eficiencia (incluyendo la tensión profesional individual - EAP). También se ha estudiado la relación entre el cumplimiento de ciertas NT y de algunos resultados intermedios como el grado de control de parámetros.

#### f) Otras cuestiones

- En el debate también han estado presentes otros temas como el procedimiento de auditoría externa/interna, la dificultad de las medidas correctoras, el enfoque predominante dirigido a la mesogestión descuidando la utilidad de la CS AP para la microgestión y el feedback clínico, la ausencia de coordinación con el nivel hospitalario, el gran peso del trabajo evaluativo, los inconvenientes de no estar adaptada al contexto local (recursos, aspectos sociodemográficos de la población), o las previsiones legales sobre la confidencialidad durante los procesos de evaluación.

### I.4. DOCUMENTACIÓN Y BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

#### Documentos oficiales

- [Aguilera M, Alfaro M, Crespo B, et al. Atención Primaria en el INSALUD: 17 años de experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2002.](#)
- [Cartera de servicios de atención primaria: definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1995, 2000 \(revisión\), 2001.](#)
- [Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.](#)
- [Evaluación de la cartera de servicios. Manual de Procedimiento Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.](#)
- [Cartera de servicios de atención primaria. Estudio de concordancia entre observadores Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.](#)
- Valoración de la cartera de servicios del equipo de atención primaria. Manual de procedimientos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

#### Bibliografía relacionada con la CS AP.

Se ha publicado un buen número de artículos relacionados con la CS AP. En 2003 Segovia y González presentaron una revisión que recopila 38 trabajos originales. Se cita aquí una selección.

- Segovia González. La cartera de servicios en Atención Primaria: una revisión de la literatura. [Rev Adm Sanit 2003;1\(4\):601-18.](#)
- Aguilera M et al. Oferta de servicios en atención primaria. [Aten Primaria 2003;31:319-26.](#)
- Sans V. La cartera de servicios en atención primaria: significado y comparabilidad. [Aten Primaria 2006;37:95-100.](#)
- Ripoll MA. ¿Es eficiente la Cartera de Servicios como herramienta de mejora de calidad? *Med General* 2000; 27:794-6.
- Casado V. La cartera de servicios diez años después. [Medifam 2001;11:10-19.](#)

## II - DESARROLLOS ESPECÍFICOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

### II.1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta sección es mostrar el estado actual de la CS AP en cada una de las CCAA. Las CS AP han seguido evoluciones distintas; a veces las diferencias tienen que ver con el modo de organizar y denominar, y otras, en cambio, muestran líneas muy diferenciadas.

Aunque la información de cada Comunidad Autónoma es dispar en fondo o forma, a la hora de exponerla en este documento, se ha intentado estructurar de un modo homogéneo, con el fin de facilitar la lectura y comparabilidad, aunque también se ha procurado respetar y dar visibilidad a los rasgos idiosincrásicos de cada Comunidad Autónoma.

La información de cada Comunidad se ha organizado en **4 epígrafes**:

- En el primero, y siempre que se haya dispuesto de información, se traza un breve **bosquejo histórico** evolutivo y metodológico.
- En el segundo, se especifican las **finalidades y usos** operativos de la CS AP en cada Comunidad con el mayor nivel de concreción posible.
- Un tercer apartado se dedica a recoger la **estructura** general de cada cartera y de los servicios.
- Y en un cuarto, se plasma la **relación de servicios** tal como los ordena cada Comunidad.
- Al final de cada Comunidad se indican los documentos base utilizados.

Con carácter previo se realizan tres aproximaciones de carácter general:

- Síntesis de la evolución de las CS AP.
- Clasificación general de las CS AP.
- Relación general de los servicios.

### II.2. RASGOS GENERALES DE LA EVOLUCIÓN DE LA CS AP EN LAS CCAA

#### a) Servicios

En relación a los servicios pueden describirse varias tendencias.

- Las CS AP de las CCAA con el tiempo han ido incorporando nuevos servicios a su listado estructurado. Son ejemplos generalizados la atención a mujeres víctimas de violencia y la atención al cuidador

familiar. En algunos casos se ha ampliado el espectro de atención de los procesos crónicos (insuficiencia cardiaca, cardiopatía isquémica, demencia, depresión, ansiedad, procesos osteoarticulares crónicos, etc). También en algunos casos se han empezado a incluir servicios relacionados con la atención a procesos agudos o el control de la anticoagulación oral, así como servicios generales como la atención a la familia, a polimedicados, a personas institucionalizadas o atención al alta hospitalaria. Algunas CCAA han desarrollado servicios relacionados más directamente con la salud pública, bien de forma puntual, bien mediante la elaboración de una cartera de salud pública integrada en AP y con la metodología y diseño de la CS AP.

- En algunas ocasiones se han **reorganizado servicios**; tal es el caso de las revisiones del niño sano en función del tipo de intervención en lugar de la clásica clasificación por grupos de edad. Algunas comunidades cuentan con servicios genéricos de consulta de niños y adultos; otras los han ampliado con servicios de consulta de enfermería y/o de distintas modalidades de consulta, incluyendo también la gestión de la unidad administrativa. La atención a la dependencia también ha supuesto en algún caso la reorganización de los servicios previos de inmobilizados y anciano de riesgo y la inclusión de servicios relacionados con los trabajadores sociales.
- Otra línea evolutiva ha sido la de **simplificación** de la cartera orientándola hacia la explicitación de ofertas preferentes, que recogen una lista más priorizada de servicios.

## b) Criterios de calidad

Se pueden distinguir tres rasgos en la evolución de los criterios de calidad:

- **Denominación.** Los criterios de calidad se denominan de diversas formas:
  - “Normas de calidad”: Andalucía.
  - “Normas de proceso”: Murcia.
  - “Normas técnicas”: Cantabria, Castilla y León, Ingesa.
  - “Criterios de buena atención”: Madrid, País Vasco.
  - “Criterios mínimos de calidad”: Galicia.
  - “Actuaciones y criterios de calidad” Extremadura.
- **Redacción.** En los casos anteriormente citados los criterios de calidad se formulan como tales y se indican, cuando es necesario, excepciones y aclaraciones. En otros casos las normas de calidad no se hacen explícitas, sino que se formulan indicadores clínicos (Aragón, Navarra).

Y en ocasiones se redactan normas generales tipo recomendación (Asturias) o se remite a protocolos (Comunidad Valenciana).

- **Ampliación de criterios.** La mayor parte de las normas de calidad se refieren al proceso de atención, y se centran en el diagnóstico, seguimiento y en normas genéricas de intervención. Una evolución de algunas de las CS AP de las CCAA ha sido la introducción de normas concretas sobre tratamientos farmacológicos y de objetivos terapéuticos, así como de indicadores de resultados, añadidos a los clásicos de cobertura y proceso.

### c) Guías de práctica clínica y Procesos asistenciales.

En general, los servicios se han venido “sustentando” en programas de salud o en protocolos. En algunos casos se requiere que el EAP o las estructuras directivas presenten un protocolo/programa que habrá de ser acreditado a partir de unos criterios previamente establecidos. Desde la irrupción del formato “guías de práctica clínica”, las guías han sustituido, en general, a programas y protocolos, que se citan como bibliografía. En algunas CCAA se ha adoptado la metodología por procesos.

## II.3. CLASIFICACIÓN DE LAS CARTERAS DE SERVICIOS

Se puede realizar una clasificación tentativa de las CS AP de las CCAA, agrupándolas en tres grandes epígrafes:

### a) Carteras basadas en coberturas y criterios de calidad

La estructura básica de estas CS AP consiste en la definición de criterios de inclusión y criterios de calidad. A modo de resumen, se señalan a continuación los rasgos específicos más relevantes.

- **Cantabria** ha desarrollado servicios de atención temprana en el niño y de atención domiciliaria a la dependencia, incluyendo la definición de servicios de trabajo social y fisioterapia.
- **Murcia** emprendió un proceso de actualización y de revisión sistemática de todos los servicios, que se ha plasmado en documento muy estructurado y exhaustivo.
- **Madrid** se ha centrado fundamentalmente en la definición de estándares mínimos, óptimos y máximos para cada indicador de cobertura y cada criterio y subcriterio de buena atención, así como en agrupar sus criterios de buena atención en categorías generales.
- **Castilla y León** ha dirigido sus esfuerzos a la síntesis y ordenación de sus normas técnicas.

- **Extremadura** ha uniformado la estructura general y ha incluido una cartera de salud pública.
- **Galicia** incluye los “criterios mínimos de calidad” en un anexo “procedimientos clínicos” del contrato de gestión que denomina “protocolo de actividad”.
- **Ingesa** adopta el prototipo básico.

#### b) Carteras basadas en Procesos asistenciales

La metodología de procesos es nombrada en varias de las carteras, pero dos comunidades, **Andalucía y Asturias**, han pivotado el desarrollo de sus respectivas carteras en la metodología de los procesos asistenciales. Andalucía ha publicado más de un centenar de PAI (Procesos Asistenciales Integrados) y Asturias 12 PCAI (Programas Claves de Atención Interdisciplinar). **Galicia** ha desarrollado 16 Guías Técnicas del Proceso de Atención para problemas de la mujer, pero no aparecen vinculadas directamente con la CS AP.

#### c) Carteras basadas en Indicadores

Todas las carteras incluyen indicadores, pero algunas comunidades la centran en ellos.

- **Aragón** dispone de una exhaustiva relación de “indicadores clínicos” incluidos en su SIAP, con una estructura homogénea y con una orientación comprehensiva.
- **País vasco** sintetiza su cartera en una “oferta preferente” que consta de una selección de criterios de buena atención con su indicador correspondiente.
- **Navarra** presenta los algoritmos para el cálculo de un conjunto de indicadores y centra sus esfuerzos en la acreditación previa de los servicios ofertados.

## II.4. LISTADO GENERAL DE SERVICIOS

En los informes de cada Comunidad Autónoma se relacionan los servicios tal como están listados en las correspondientes CS AP.

Para facilitar la comparabilidad, se presenta a continuación un cuadro en el que se ordenan los servicios siguiendo el esquema utilizado en el RD1030/2006 sobre Cartera de Servicios Comunes del SNS.

Ha de recordarse que el listado de los servicios de las CS AP de cada Comunidad Autónoma no incluye la relación exhaustiva de la oferta de los servicios comunes que cada Comunidad presta, sino aquellos que han sido

priorizados y se han organizado de manera estructurada. De modo que el hecho de no estar contemplado en el listado no ha de interpretarse como ese servicio concreto no está incluido entre las prestaciones de esa Comunidad Autónoma, sino simplemente que la prestación de ese servicio no se realiza conforme a las pautas estandarizadas de la CS AP.

De la misma forma, y al contrario, existen áreas que en el RD1030/2006 no se detallan, pero algunas CCAA sí han desarrollado tales áreas con la metodología propia de la CS AP. Estos servicios se relacionan de forma separada, con la advertencia de que han de interpretarse como prestaciones exclusivas de la Comunidad de que se trate, sino como un desarrollo metodológico específico de un servicio común que se presta, aunque de un modo no estructurado, en el resto del SNS.

La Cartera de servicios comunes de atención primaria del SNS, recogiendo la tradición de la CS AP, se organiza en los siguientes 9 epígrafes:

- 1) Atención sanitaria general en consulta y domicilio.
- 2) Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- 3) Actividades de promoción, prevención, atención familiar y comunitaria.
- 4) Atención específica a infancia, adolescencia, mujer, adultos, grupos de riesgo, enfermos crónicos y personas mayores.
- 5) Atención paliativa a enfermos terminales.
- 6) Atención a la salud mental.
- 7) Atención a la salud bucodental.
- 8) Rehabilitación básica.
- 9) Actividades de información y vigilancia.

## LISTADO DE SERVICIOS DE LAS CCAA ANALIZADAS EN EL PRESENTE INFORME

	AN	AR	AS	BL	CA	CNT	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	IN
<b>Servicios de Atención general</b>																		
Consulta a demanda, programada y urgente en CS y Domicilio	X	X	X			X				X		X		X	X			X
Cirugía menor en Atención Primaria <sup>1</sup>	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X			X
<b>Servicios de Atención al la Infancia y Adolescencia</b>																		
Vacunaciones infantiles de 0 a 14 años <sup>2</sup>	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Revisión del niño sano	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Atención bucodental en la infancia		X	X			X	X			X	X	X	X	X				X
Atención al niño con asma <sup>3</sup>	X	X	X			X	X					X	X	X	X	X		
Atención y educación al joven	X	X	X				X				X	X	X	X				
<b>Servicios de Atención a la Mujer</b>																		
Vacunación de la rubeola	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X				X
Atención a la mujer embarazada	X		X			X	X			X	X	X	X	X		X		X
Educación maternal / Preparación al parto	X		X			X	X			X	X	X	X	X	X			X
Atención al puerperio	X		X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Información y seguimiento de métodos anticonceptivos	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X			X
Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Diagnóstico precoz de cáncer de mama	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X			X
Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio	X		X			X				X	X	X		X	X			X
Atención a la mujer en el climaterio	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X			X
Atención a la mujer víctima de violencia	X	X <sup>5</sup>				X	X				X <sup>4</sup>	X	X <sup>4</sup>	a <sup>1</sup>				
<b>Servicios de Atención a la Edad Adulta y a los Ancianos</b>																		
Vacunación triple vírica / tétanos	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X			X
Vacunación antigripal	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Vacunación antineumocócica	X					X	X				X	X	X	X				
Actividades preventivas en el adulto	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Atención a personas con diabetes	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Atención a personas con hipertensión arterial	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X

	AN	AR	AS	BL	CA	CNT	CL	CM	CT	CV	EX	GL	MD	MR	NV	PV	LR	IN
<b>Servicios de Atención a la Edad Adulta y a los Ancianos</b>																		
Atención a personas con EPOC	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Atención a personas con obesidad	X	X	X			X	X				X	X	X	X	X	X		X
Atención a personas con hipercolesterolemia	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Atención a pacientes con infección VIH	X		X							X	X	X		X	X			X
Atención a pacientes con insuficiencia cardíaca	X	X											X					
Atención a pacientes con cardiopatía isquémica	X	X										X	X		X			
Atención a pacientes con problemas de salud mental	X									X	X	X						X
Atención a pacientes con demencia	X						X				X <sup>6</sup>	X	X			X		
Atención a pacientes con ansiedad	X										X	X		a <sup>2</sup>		X		
Atención a pacientes con trastornos de la conducta alimentaria	X													a <sup>2</sup>		X		
Atención a pacientes con depresión	X										X	X		a <sup>2</sup>				
Atención a pacientes con problemas osteoarticulares crónicos	X											X		X				
Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Atención al enfermo terminal cuidados paliativos	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Atención a personas con consumo excesivo de alcohol		X	X			X	X				X	X	X	X		X		X
Atención al consumidor de tabaco	X	X				X	X				X	X	X	X	X	X		
Actividades preventivas en mayores de 75 años / Examen de salud a mayores	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X	X		X
Atención al anciano de riesgo	X	X					X			X	X	X	X	X	X			X
Atención al cuidador familiar en la comunidad	X					X+	X				X	X		a <sup>3</sup>	X			
<b>Servicios de Atención Familiar y Comunitaria</b>																		
Abordaje familiar / ...a familias de riesgo	X										X							
Educación para la salud en centros educativos	X		X			X				X	X	X	X	X	X			X
Educación a grupos de pacientes crónicos: diabetes		X	X			X	X				X	X		X	X			X
Educación para la salud a otros grupos o ámbitos	X					X					X	X	X		X			X
Educación para la salud a grupos de cuidadores			X				X					X			X			
<b>Servicios prestados por Unidades de Apoyo</b>																		
Rehabilitación y fisioterapia / Aplicación de técnicas de fisioterapia en procesos protocolizados	X	X	X			X	X			X	X	X	X	X	X			X
<b>Servicios de Vigilancia Epidemiológica</b>																		
Vigilancia epidemiológica	X										X	X			X			



## Cartera de Servicios de Atención Primaria

### Notas:

<sup>1</sup> SNS lo sitúa en procedimientos terapéuticos

<sup>2</sup> SNS lo sitúa en Actividades preventivas

<sup>3</sup> SNS lo sitúa en procesos crónicos

<sup>4</sup> Englobado en un Servicio de Prevención de Maltrato

<sup>5</sup> Existe una Guía clínica

<sup>6</sup> Existe un PIDEX (Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo en Extremadura) que incluye Guía Clínica

a<sup>1</sup> Se dispone de un plan específico de atención a la violencia de género con un plan integral de formación, pero no se incluye en la CS

a<sup>2</sup> Se dispone de varios protocolos y guías relativos a la salud mental: Protocolo de Abordaje de Trastornos de Ansiedad Agudos: Trastorno de Pánico y Crisis de Ansiedad; Guía de Atención a Trastornos Depresivos Aguda; Guía de Atención a Trastornos Alimentarios

a<sup>3</sup> La atención al cuidador familiar se incluye en el Servicio de Atención al Inmovilizado

a<sup>4</sup> Se dispone de un protocolo de Trabajo Social en OMI AP

## II.5. INFORMES SOBRE LA CS AP DE CADA COMUNIDAD AUTÓNOMA

### COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ANDALUCÍA

#### ANTECEDENTES

La Comunidad Autónoma de Andalucía presentó su primera CS AP en 1999. Este documento define Cartera de Servicios como: “la expresión operativa de las prestaciones y objetivos de salud y de política sanitaria” y Servicio como “conjunto de actividades científico-técnicas y administrativas que desarrollan los diferentes proveedores para dar respuesta a los problemas de salud de los ciudadanos”.

Los servicios se organizaron en tres grupos en función del proveedor:

- Servicios de Unidades Clínicas y Equipos Básicos de Atención Primaria
- Dispositivos de apoyo.
- Servicios de salud pública.

Cada servicio constaba de: definición, población diana, criterios mínimos de oferta, sistema de información y registro e indicadores de cobertura y de seguimiento y debían estar apoyados en guías o protocolos locales. En esta primera edición también se determinaron estándares para los indicadores incluidos en el contrato-programa y una ponderación del valor de cada servicio (equivalente al valor técnico) y se abrió un debate sobre lo que debería ser el Producto de AP.

En cada edición anual esta CS AP ha evolucionado y se ha ido adaptando en aspectos esenciales, más allá de la incorporación de nuevos servicios o de las actualizaciones correspondientes, en mayor o menor medida.

- El cambio más importante del año 2000 fue la ampliación y especificación de los “criterios mínimos de oferta”, que en 1999 básicamente se remitían a los correspondientes protocolos (para los que se ofrecía además unos “criterios mínimos de protocolización” que desaparecieron en las sucesivas ediciones). Esta especificación, sin embargo, nunca ha llegado a tener el formato de criterio de calidad o norma técnica.
- Durante 2001 y 2002, y dentro del Plan Marco de Calidad, se decidió estructurar la asistencia sanitaria mediante Procesos Asistenciales Integrados (PAI), con objeto de “garantizar una continuidad asistencial centrada en el paciente” y con el horizonte de disponer de una “Cartera de servicios única por procesos”, para lo que se emprendió un vasto programa de construcción de un “Mapa de procesos integrados del

sistema sanitario público de Andalucía”, con numerosos grupos de trabajo. Fruto de esta nueva orientación fue la doble publicación, en 2004, de la “Cartera de servicios por procesos asistenciales integrados” y de la “Cartera de servicios de Atención Primaria 2004”, cartera de AP que fue transformada al año siguiente en “Oferta de servicios de Atención Primaria” para destacar su carácter provisional y complementario respecto a la cartera basada el PAI, en tanto no se desarrollasen todos los PAI previstos. A partir de año 2005 ya se suprimen aquellos servicios para los que se contaba con el correspondiente PAI.

- Por fin en 2008 se ha publicado la “Cartera de servicios de Atención Primaria” que integra en un solo documento todos los servicios ofertados por AP con una nueva organización general y de los servicios, que se estructuran en su mayor parte como los PAI, y cuando éstos no se han desarrollado, mantienen la estructura previa. Este documento es el que se utiliza en los siguientes apartados.
- En todo el proceso se ha contado con la colaboración de las sociedades científicas del ámbito de la Atención Primaria en el contexto del “Pacto Andaluz por el desarrollo de la Atención Primaria en el siglo XXI”.

## FINALIDADES Y USOS

### Objetivos generales

El objetivo general de la CS AP es: *“garantizar condiciones mínimas comunes para una atención integral e integrada, continuada y en condiciones de equidad en todo el territorio andaluz, que supongan mejoras en la salud desde una perspectiva biopsicosocial, y estén basadas en la evidencia científica”*.

Aunque la CS AP tiene un carácter homogéneo y uniforme en su distribución por distritos, varía en el grado de implantación, que se va fijando mediante objetivos de gestión fijados en los correspondientes contratos programa. Estos objetivos están recogidos de forma expresa en el Plan Andaluz de Salud, el Contrato Programa entre la Consejería de Salud y el Servicio Andaluz de Salud, el Plan Estratégico, el Plan de Calidad y el Contrato Programa de los Distritos de Atención Primaria y Áreas de Gestión Sanitaria.

### Usos específicos

- Instrumento de gestión que permite orientar la oferta en función de la demanda.

- Garantizar la coherencia de contenidos con las líneas estratégicas del Servicio Andaluz de Salud.
- Facilitar la continuidad asistencial, fundamentalmente entre niveles y servicios, expresamente enunciados en los Contrato Programas del Servicio Andaluz de Salud con sus distritos sanitarios.

## ESTRUCTURA

### Estructura de la Cartera

La CS AP se articula en torno a los PAI. Se organiza en 5 áreas.

- I. Atención a la persona.
  - Atención a demanda, programada y urgente.
  - Atención a problemas específicos.
  - Atención a la edad pediátrica.
- II. Área de atención a la familia.
- III. Área de atención a la comunidad.
- IV. Dispositivos de apoyo.
- V. Servicios de salud pública.

### Estructura de los Servicios

Aquellos servicios para los que se ha desarrollado el correspondiente PAI, presentan la siguiente estructura:

- **Definición.** que ha de incluir el problema de salud y las fases de la historia natural del mismo que se abordan.
- **Criterios de Inclusión y de Exclusión.** Situaciones que no aborda el proceso y salidas del mismo.
- **Criterios de Oferta.** Se trata de condiciones deseables que deben cumplir determinados aspectos relevantes de la atención sanitaria (calidad científico-técnica; accesibilidad; satisfacción y factibilidad de su medida). Se especifican los criterios de oferta por niveles asistenciales (Atención Primaria, Atención Especializada) y conjunto cuando dichos criterios son comunes.
- **Criterios de Calidad,** definidos como normas básicas de calidad, que se incluirán en el Contrato Programa Consejería-SAS.
- **Población Diana.**
- **Sistema de Información y Registro** para la evaluación del proceso.
- **Indicadores** que se seleccionan a partir de los criterios de oferta y de las normas de calidad.
- **Bibliografía,** que aparece reunida de modo conjunto al final del documento.

Los servicios que aún no disponen de PAI se organizan como en las CS AP anteriores, esto es:

- Definición.
- Población diana.
- Criterios mínimos de la oferta.
- Sistema de información y registro.
- Indicadores de cobertura y seguimiento.

## LISTADO DE SERVICIOS

### ÁREA DE ATENCIÓN A LA PERSONA

#### Asistencia sanitaria a demanda, programada y urgente

Asistencia por profesionales de medicina de familia en el Centro de Salud y en domicilio.

Asistencia pediátrica en el Centro de Salud y en domicilio.

Asistencia de enfermería en el Centro de Salud y en domicilio.

#### ATENCIÓN A PROBLEMAS ESPECÍFICOS

Atención a problemas cardiovasculares:

- Atención al riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipemia, obesidad, actividad física).
- Dolor torácico.
- Insuficiencia cardiaca.
- Accidente cerebrovascular.
- Tabaquismo.
- Anticoagulación oral.
- Insuficiencia venosa crónica.
- Trasplante cardiaco.

Atención a problemas crónicos:

- Diabetes mellitas.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Asma.
- Demencias.
- Cataratas.
- Disfunción tiroidea
- Paciente pluripatológico.
- Cuidados paliativos.
- Dolor crónico no oncológico.
- Fibromialgia.
- Trasplante hepático.
- Trasplante pulmonar.

- Diálisis/trasplante renal.
- Trasplante de páncreas.

Abordaje del cáncer:

- Cáncer de mama (proceso y programa de diagnóstico precoz).
- Cáncer de cérvix/útero.
- Hipertrofia benigna de próstata/cáncer de próstata.
- Cáncer de piel.
- Cáncer de colon.
- Disfonía/cáncer de laringe.
- Cáncer de pulmón.
- Personas en contacto con el amianto.

Atención a problemas infecciosos de especial relevancia:

- VIH/SIDA.
- Tuberculosis.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Hepatitis víricas.
- Enfermedades de declaración obligatoria.

Inmunizaciones del adulto

- Gripe.
- Difteria-Tétanos.
- Hepatitis B.
- Neumococo.

Atención relacionada con la salud sexual y etapa reproductiva:

- Anticoncepción.
- Interrupción voluntaria del embarazo.
- Embarazo, parto y puerperio.
- Información y estudio de infertilidad/esterilidad.
- Atención al climaterio.

Atención a otros procesos prevalentes:

- Colelitiasis / Colecistitis.
- Cefaleas.
- Dispepsia.
- Anemias.
- Fiebre de duración intermedia.
- Fractura de cadera.
- Artrosis de rodilla y cadera.
- Artroplastia de cadera.
- Hemorragias uterinas anormales.
- Hernia de pared abdominal.

Atención a personas en domicilio:

- Atención al alta hospitalaria.
- Atención a personas inmovilizadas.

Atención a problemas de salud mental:

- Atención a la ansiedad, depresión y somatizaciones.
- Atención a los trastornos de la conducta alimentaria.
- Trastorno mental grave.

Otros servicios:

- Atención sanitaria frente a la violencia de género.
- Examen de salud a mayores de 65 años.
- Atención a personas ancianas residentes en instituciones.
- Atención a personas polimedicadas.
- Atención a las personas cuidadoras.
- Consejo dietético.
- Cirugía menor.

Atención a problemas de abordaje urgente:

- Atención a patología cardiovascular.
  - Dolor torácico.
  - Arritmias.
- Soporte vital básico y avanzado.
- Atención al dolor abdominal.
- Atención a accidentes:
  - Atención al trauma grave.
  - Atención a intoxicaciones agudas.
- Atención a las urgencias pediátricas:
  - Insuficiencia respiratoria aguda.
  - Abdomen agudo y escroto agudo.
  - Crisis convulsivas.
  - Síndrome febril en la infancia asociado a signos de alerta.

## **ATENCIÓN A LA EDAD PEDIÁTRICA**

Seguimiento de la salud infantil y adolescente:

- Promoción de la lactancia, alimentación adecuada y otros hábitos saludables:
  - Promoción de la lactancia materna.
  - Promoción de la alimentación adecuada.
  - Promoción de la actividad física y el deporte.
  - Detección precoz y prevención de la hipercolesterolemia.
  - Prevención, detección precoz y seguimiento de la obesidad infantil.
  - Prevención del consumo de alcohol y otras drogas.

- Educación sexual en la infancia y adolescencia, prevención del embarazo no deseado y de las infecciones de transmisión sexual.
- Promoción de la salud bucodental.
- Consejos sobre protección solar.
- Seguimiento del desarrollo psicomotor, lenguaje, pondoestatural y puberal.
- Prevención del síndrome de muerte súbita en el lactante.
- Otras actividades preventivas:
  - Detección y prevención de ferropenia.
  - Detección y prevención de la hipertensión arterial.
  - Prevención de accidentes.
  - Prevención del maltrato en la infancia. Promoción del buen trato y cuidados adecuados.
- Programa de vacunación de Andalucía.
- Detección Precoz de Metabolopatías.
- Detección precoz de displasia evolutiva de cadera, trastornos ortopédicos, criptorquidia, alteraciones oculares y de la visión y detección precoz de la hipoacusia.
- Detección precoz de los trastornos del espectro autista.

Atención al niño/a inmigrante.

Oferta de especial seguimiento en la adolescencia.

Atención a Problemas Específicos:

- Asma Infantil.
- Síndrome febril en la infancia.
- Amigdalectomía - Adenoidectomía.
- Otitis media.
- Atención temprana.
- Atención al Síndrome de Down en la infancia.
- Salud mental en la infancia y adolescencia.
- Otros trastornos frecuentes:
  - Atención a niños y niñas con alimentación especial.
  - Alergia/Intolerancia a la proteína de la leche de vaca.
  - Detección precoz y seguimiento de la patología urogenital.

## ÁREA DE ATENCIÓN A LA FAMILIA

Abordaje familiar:

- Manejo del duelo.

Área de abordaje a las familias en riesgo:

- En riesgo de desventaja o exclusión social.
- Atención a personas necesitadas de cuidados y sus cuidadoras/es.
- Atención a la violencia:
  - Atención sanitaria frente a la violencia de género.

- Detección y atención en situaciones de maltrato infantil.
- Atención al maltrato de personas ancianas.

## ÁREA DE ATENCIÓN A LA COMUNIDAD

Abordaje comunitario.

Abordaje grupal de actividades preventivas.

Educación y promoción de la salud:

- Educación y promoción de la salud en Centros Educativos:
  - Programa Forma Joven.
  - Salud escolar.
  - "¡A no fumar, me apunto!".
- Abordaje de la promoción de la salud en otros ámbitos:
  - Empresas libres de humo.

Atención al riesgo social en salud

## DISPOSITIVOS DE APOYO

### Salud bucodental

- Actividades de promoción y prevención de la salud bucodental.
- Actividades dirigidas a la población general.
- Actividades dirigidas a las embarazadas.
- Actividades dirigidas a la población de 6 a 15 años.
- Asistencia bucodental a personas con discapacidad.
- Proceso Atención a la Caries dental y a las Inclusiones dentarias.

### Rehabilitación

**Centros de enfermedades de transmisión sexual.**

**Unidades de apoyo al plan integral al tabaquismo de Andalucía (pita).**

**Servicios de atención ciudadana.**

## SERVICIOS DE SALUD PÚBLICA

**Vigilancia epidemiológica.**

**Servicios de seguridad alimentaria y salud ambiental:**

Seguridad alimentaria.

Salud ambiental.

Gestión Medioambiental en los Centros Sanitarios de Atención Primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- [Cartera de servicios de atención primaria 2008. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2008.](#)
- Cartera de servicios de atención primaria 1999. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;1999.
- Cartera de servicios de atención primaria 2000. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2000.

- Cartera de servicios de atención primaria 2003. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2003.
- Cartera de servicios de atención primaria 2004. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2008.
- Cartera de servicios por procesos asistenciales integrados. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2004.
- Cartera de servicios por procesos asistenciales integrados. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2005.
- Cartera de servicios por procesos asistenciales integrados. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2006.
- Oferta de servicios de atención primaria 2007. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2007.
- Contrato programa 2005-08. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2008

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN

### ANTECEDENTES

La Comunidad Autónoma de Aragón ha mantenido hasta 2006 una cartera basada en coberturas y criterios de calidad.

A partir de 2007 se ha producido un giro conceptual vehiculado legislativamente.

El decreto 65/2007 del Gobierno de Aragón aprueba la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón. Esta Cartera de servicios es básicamente un catálogo de prestaciones, aunque a veces se detallan contenidos clínicos concretos, que recoge la totalidad del anexo III del RD 1030/2006 de 15 de septiembre por el que se establece la Cartera de Servicios comunes del SNS, con ampliaciones y especificaciones puntuales. Sendas órdenes regulan el contenido funcional -quién y a quién se presta los servicios- y los procedimientos de actualización.

Aquí se concibe “la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón como un conjunto de actividades, procedimientos, técnicas y tecnologías que se agrupan y organizan en las líneas asistenciales de atención primaria, atención especializada, atención a la salud mental, atención a pacientes crónicos dependientes, atención a la urgencia y emergencia y salud pública”.

La Orden de 22 de septiembre de 2008 por la se regula el Sistema de información y evaluación de los servicios de Atención Primaria, de sus centros y unidades clínicas contiene una adenda en la que se recogen los indicadores clínicos del sistema de información de AP. Estos indicadores son un trasunto de criterios de calidad de los servicios de la CS AP. Los indicadores clínicos forman parte de un conjunto más amplio de indicadores que componen el Sistema de Información de AP, con indicadores de estructura, producción, utilización, calidad del proceso asistencial, impacto y calidad de la información.

### FINALIDADES Y USOS

#### Objetivos generales

“La cartera de servicios del sistema de salud de Aragón tiene las siguientes finalidades:

- Ordenar la oferta de servicios de forma coherente y consecuente con las características territoriales y demográficas de la Comunidad de Aragón, al objeto de garantizar la equidad y accesibilidad de los servicios y la atención sanitaria más adecuada a los grupos de población con mayor

riesgo respecto al mantenimiento de su salud, asegurando, mediante su ordenación, la accesibilidad y equidad de la prestación de los servicios sanitarios, en coherencia con la organización asistencial y la distribución territorial y características de la población de la Comunidad Autónoma de Aragón.

- Facilitar, en todos los ámbitos de decisión, la participación y corresponsabilidad de ciudadanos y profesionales, al objeto de que la oferta de servicios sanitarios sea acorde con sus necesidades y aspiraciones.
- Establecer el procedimiento para la actualización de la cartera de servicios, para la constitución de nuevas unidades clínicas con sus correspondientes carteras, para la agregación o desagregación de unidades clínicas ya existentes, o para la supresión de unidades clínicas ya existentes siempre que se garantice la cartera de servicios que venían prestando.
- Garantizar que ninguna nueva actividad, procedimiento, técnica o tecnología relevante se generalice sin una previa evaluación de su efectividad y seguridad por parte de órganos de evaluación de tecnologías sanitarias.
- Facilitar la adecuación progresiva de la cartera de las unidades clínicas actuales (equipos de atención primaria) de los Sectores.
- Facilitar la propuesta de los nuevos servicios que se desee implantar y la modificación de los actuales.
- Disponer de un sistema de información que recoja el contenido de la cartera de servicios sanitarios del Sistema de Salud de Aragón y de los centros sanitarios y unidades clínicas que lo constituyen.
- Facilitar la implantación y el desarrollo de la gestión clínica.
- Facilitar la relación con la Dirección de los centros a través de contratos de gestión clínica en los que se contemple la prestación de asistencia a los pacientes de acuerdo a una cartera de productos finales de la organización y su relación con objetivos de actividad, consumo de recursos y resultados.
- Facilitar el establecimiento de referencias y contrarreferencias entre atención primaria y atención especializada, a través de la creación de centros, unidades y servicios de referencia dentro del Sistema de Salud de Aragón.

El mapa de indicadores de atención primaria de Aragón se ha diseñado para ofrecer respuestas a las siguientes cuestiones:

- Políticas de planificación: las intervenciones y planes para la atención ¿son técnicamente adecuados para el contexto epidemiológico y de sistema de salud?
- Evaluación de la oferta / provisión: ¿se están proporcionando los servicios apropiados para alcanzar los objetivos de planificación?
- Evaluación de la utilización: ¿están siendo utilizados estos servicios por la población?
- Evaluación de la calidad del proceso: ¿se han alcanzado niveles adecuados de cobertura efectiva en la población?, ¿se están realizando los procesos asistenciales con niveles de calidad adecuados?
- Evaluación del impacto: sobre los comportamientos, la salud, la economía o la satisfacción.

Las utilidades del mapa de indicadores varían en función del nivel de responsabilidad:

- Nivel de planificación: para la toma de decisiones sobre asignación de recursos, modificación de la oferta, modificación de la distribución territorial,.... El nivel de análisis correspondiente es el de Sector y Equipo de Atención Primaria (EAP). Ámbito: la Dirección General de Planificación y la Gerencia del Servicio Aragonés de Salud.
- Nivel de gestión: para la toma de decisiones sobre organización y gestión de los servicios, evaluación de los Contratos Programa, establecimiento de acuerdos de gestión clínica con las unidades. El nivel de análisis correspondiente es el de EAP y el profesional sanitario. Ámbito: Dirección de Atención Primaria.
- Nivel de gestión clínica: Para la toma de decisiones sobre evaluación de los Acuerdos de Gestión clínica y sobre la calidad, efectividad y eficiencia de la práctica clínica,... El nivel de análisis es el de EAP y del profesional sanitario. Ámbito: Equipo de Atención Primaria y profesional sanitario individual.”

### Usos específicos

“Los indicadores definidos en el Sistema de Información de Atención Primaria de Aragón” son una herramienta para la evaluación y la mejora continua, y como tal “deben ayudar a poner en práctica los objetivos estratégicos del Departamento de Salud:

- Desarrollo e implantación de la gestión clínica, que permita no sólo pactar y evaluar objetivos de producción, sino identificar, evaluar y corregir desviaciones, y potencie este nivel del sistema por asunción de su responsabilidad sobre la gestión de los procesos ambulatorios.

- Financiación diferenciada del componente variable de la producción de las “Unidades Clínicas de Atención Primaria” que haga posible el traslado de autonomía y riesgos a sus profesionales, relacione su capacidad de resolución y su práctica clínica con la gestión de los recursos financieros asignados.
- Conseguir relacionar producción y consumo de recursos y comparar la eficiencia entre unidades similares.
- Evaluación de las transacciones entre unidades clínicas de diferentes niveles asistenciales y con las unidades diagnósticas, para controlar efectos perversos sobre la accesibilidad y la equidad, es decir, para contribuir a la mejora de un concepto global de la eficiencia.
- Permitir una elección informada a los usuarios de las unidades clínicas de Atención Primaria en función de su oferta de servicios, reflejada en su producción cuantitativa, y en características cualitativas que deben ser recogidas en los acuerdos de gestión con las mismas.”

## ESTRUCTURA

### Estructura de la cartera

El decreto de Cartera de Servicios de Atención Primaria del Sistema de Salud de Aragón sigue la misma estructura del citado RD1030/2006, organizándose en los 10 epígrafes siguientes:

1. Servicios comunes a todas las líneas asistenciales.
2. Atención sanitaria a demanda, concertada y urgente, en la consulta y domicilio.
3. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
4. Prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.
5. Actividades de información y vigilancia en la protección de la salud
6. Rehabilitación básica.
7. Mujer, infancia, adolescencia, adultos, tercera edad, grupos de riesgo y enfermos crónicos.
8. Atención paliativa a enfermos terminales.
9. Atención a la salud mental.
10. Atención a la salud bucodental

No se especifica de manera expresa el contenido clínico de los servicios (criterios de calidad), aunque en ocasiones se remite de modo genérico a protocolos.

Al ser básicamente un catálogo, enumera con detalle algunas de las prestaciones que se ofertan, tales como pruebas diagnósticas, procedimientos terapéuticos, técnicas fisioterapéuticas o técnicas de atención dental básica.

### Mapa de indicadores

“El mapa de indicadores del sistema de información y evaluación de los servicios de atención primaria del sistema de salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas se hace público en la Orden de 22 de septiembre de 2008 del Departamento de Salud y Consumo, en la cual, además, se establece un procedimiento de gestión y actualización del sistema de información, a través de propuestas realizadas por los profesionales sanitarios, sus responsables, las asociaciones de representación y/o participación, o la Administración.

Las propuestas pueden suponer tanto la modificación del mapa de indicadores como la adaptación de las herramientas informáticas para obtener los datos que sean precisos para la construcción del indicador.

Son analizadas y canalizadas a través de la “Comisión para la Actualización y Gestión del Sistema de Información, la cual está integrada por expertos en: medicina de familia, enfermería, sistemas de información, gestión y evaluación de servicios sanitarios.”

### Estructura de cada indicador

La estructura de cada indicador es:

- Definición.
- Numerador.
- Denominador.
- Nivel de análisis (profesional, EAP).
- Nivel de responsabilidad (planificación, gestión y Gestión clínica).
- Fuente.
- Observaciones.

## LISTADO DE INDICADORES

### Consejos, inmunizaciones y cribados

- Prevención cardiovascular.
- Tabaco.
- Prevención en personas mayores.
- Cribado de cáncer.
- Consejos en la infancia y adolescencia.
- Cribado en la infancia.
- Vacunas.

### Atención a problemas de salud

- Hipertensión.
- Dislipemia.
- Diabetes.
- Obesidad.
- Enfermedades cardiovasculares.
- Enfermedades respiratorias.
- Uso perjudicial de sustancias.
- Atención a enfermos crónicos dependientes.
- Manejo terapéutico:
  - Riesgo cardiovascular, diabetes, enfermedades respiratorias, seguimiento de problemas de salud en consulta de enfermería, derivaciones a especializada, manejo de antibióticos, cirugía menor y fisioterapia

### Otras explotaciones e indicadores

- Calidad del registro.
- Otros.

### BIBLIOGRAFÍA

- Indicadores clínicos 2009, Adenda, Orden de 22 sep 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información de AP del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas).
- Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información de AP del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas.
- Orden de 12 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se aprueba el contenido funcional de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.
- Indicadores del SIAP. Anexo a la Orden de 22 sep. 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula Sistema de información y evaluación de los servicios de AP del Sistema de Salud de Aragón, sus centros y unidades clínicas.
- Cartera de Servicios Sanitarios de AP del Sistema de Salud de Aragón.

[http://portal.aragon.es/portal/page/portal/INF\\_SANITARIA](http://portal.aragon.es/portal/page/portal/INF_SANITARIA)

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

### ANTECEDENTES

El Principado de Asturias mantiene una CS AP con coberturas y criterios de calidad, y a la vez ha iniciado un proceso de desarrollo de lo que se denomina Programas Claves de Atención Interdisciplinar (PCAI), cada uno de ellos centrado en un problema de salud.

Los PCAI son definidos como “proyectos de atención homogénea y transversal de las necesidades de las personas con un determinado problema de salud liderados por profesionales de diversas disciplinas que, aplicando el máximo rigor científico, coordinan sus actividades para mejorar sus resultados en términos de calidad científico-técnica y de satisfacción para el paciente”.

El desarrollo de los PCAI en una de las tres líneas estratégicas que configuraron las Estrategias de Calidad de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios 2003-2007, y proceden del diagnóstico de salud realizado con ocasión del Plan de Salud del Principado de Asturias, que contempla 14 áreas prioritarias de atención (consideradas así mediante consenso, en el que participaron profesionales y grupos de pacientes).

Todos los PCAI se han desarrollado siguiendo una metodología común, que incluye:

- a) Identificación de profesionales.
- b) Selección de las mejores guías de práctica clínica existentes sobre la materia, previo filtro por el instrumento AGREE.
- c) Definición de los apartados y distribución de los mismos.
- d) Compilación de las recomendaciones de las diferentes guías de práctica clínica y redacción del conjunto de recomendaciones.
- e) Evaluación y consenso sobre las recomendaciones presentadas.
- f) Evaluación y consenso de la factibilidad de la implantación de las recomendaciones seleccionadas por los grupos, mediante una plantilla de priorización.
- g) Identificación y selección de las recomendaciones clave.
- h) Propuesta de estructura y formato común de las recomendaciones clínicas.

El desarrollo previsto de los PAI incluye 4 elementos, de los cuales se dispone en la actualidad del primero de ellos.

- a) Recomendaciones clínicas, el cuerpo central de los PCAI.
- b) Guía organizativa: se trata de proponer los cambios organizativos necesarios para su aplicación, estableciendo flujos de pacientes y asignación de responsabilidades, criterios de derivación, ingreso, alta

- y acceso a otros niveles asistenciales, necesidades en recursos y criterios de gestión que puedan facilitar la organización.
- c) Sistema de monitorización, con la definición de los indicadores clínicos y de gestión a utilizar para la monitorización y la determinación de estándares de cumplimiento.
  - d) Sistema de difusión e implantación del PCAI: Establece mecanismos para su implantación, detallando estrategias de comunicación y materiales para la formación.

## FINALIDADES Y USOS

### Objetivos generales

- Promover una atención más accesible, centrada en el paciente, segura, clínicamente efectiva y con una utilización de recursos adecuada.
- Reducir la variabilidad inaceptable en la calidad asistencial.
- Centrar la atención en el paciente
- Facilitar el mejor uso del conocimiento y habilidades de los profesionales.
- Coordinación real de profesionales de múltiples disciplinas distribuidos en todos los niveles donde se atiende el problema de salud, reflejando los dispositivos locales.
- Vocación transformadora en las organizaciones, que aplicarán herramientas de gestión por procesos.
- Participación de los profesionales en el diseño e implantación del PCAI.
- Gestión y monitorización de indicadores clave del PCAI.
- Permitir la medición de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los usuarios, escuchando su opinión (grupos focales con pacientes).

## ESTRUCTURA

### Estructura de cada PAI

El formato concreto de de cada PCAI es variable, pero todos PCAI contienen dos partes, a saber:

- Primera parte: descripción de los objetivos, los procesos clínicos incluidos, la población y profesionales destinatarios, la metodología y los procedimientos de actualización previstos.
- Segunda parte:
  - Listado normalizado de recomendaciones clave.
  - Cuerpo de contenido denominado recomendaciones generales.
  - Algoritmos (opcional).
  - Anexos y Bibliografía.

Las Recomendaciones clave son un conjunto de recomendaciones formuladas, en general, como criterios de calidad, que se consideran prioritarias para su implantación en el Principado Asturiano, y por tanto, con potencialidad para ser evaluadas en función de su relevancia clínica, nivel de implantación, nivel de evidencia y factibilidad organizativa. Se extraen de las recomendaciones generales.

Las Recomendaciones generales abordan los principales tópicos del diagnóstico, intervenciones y seguimiento del correspondiente problema de salud y, con escasas excepciones, incorporan un apartado de recomendaciones de intervención social.

Todas las recomendaciones están calificadas con niveles de evidencia y grados de recomendación.

En 4 PCAIS se incluyen planes de cuidados estandarizados de enfermería (cáncer de colon, de próstata, depresión e ictus).

## LISTADO DE SERVICIOS

- Consulta niños.
- Vacunaciones.
- Revisiones del niño sano: (0 - 23 meses).
- Revisiones del niño sano: (2 - 5 años).
- Revisiones del niño sano: (6 - 14 años).
- Educación para la salud en centros educativos.
- Prevención de la caries infantil.
- Atención al niño y adolescente con asma.
- Captación y valoración de la mujer embarazada.
- Seguimiento de la mujer embarazada.
- Preparación al parto.
- Visita en el primer mes de postparto.
- Información y seguimiento de métodos anticonceptivos.
- Vacunación de la rubéola.
- Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix.
- Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio.
- Diagnóstico precoz de cáncer de mama.
- Atención a la mujer en el climaterio.
- Consulta de adultos.
- Vacunación de la gripe.
- Mayores o igual a 65 años.
- Menores de 65 años.
- Vacunación del tétanos.

- Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Atención a pacientes crónicos: hipertensión.
- Atención a pacientes crónicos: diabetes.
- Atención a pacientes crónicos: EPOC.
- Atención a pacientes crónicos: obesidad.
- Atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia.
- Atención a pacientes con VIH – sida.
- Educación a grupos de pacientes crónicos: diabéticos.
- Educación para la salud a otros grupos: personas cuidadoras.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Atención domiciliaria al alta hospitalaria.
- Atención a pacientes terminales.
- Atención al consumidor excesivo de alcohol.
- Prevención y detección de problemas en el anciano.
- Cirugía menor.
- Atención al joven.
- Tratamientos fisioterapéuticos básicos.

Hasta el momento se han desarrollado 12 de los 14 PCAI previstos en el periodo 2003-2007:

- Cáncer de mama.
- Carcinoma de colon.
- Cáncer de próstata.
- Hipertensión arterial.
- Diabetes.
- Accidente cerebro-vascular.
- EPOC.
- Ansiedad.
- Demencia.
- Depresión.
- Alcoholismo.
- Dolor crónico musculoesquelético.

PCAI pendientes de desarrollo:

- Cardiopatía isquémica.
- Embarazo, parto y puerperio.

## BIBLIOGRAFÍA

### [PCAI: Programas Clave de Atención Interdisciplinar](#)

- Guía de Recomendaciones Clínicas. Alcoholismo. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Ansiedad. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2006.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Cáncer Colorrectal. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2006.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Cáncer de Mama. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2005.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Cáncer de Próstata. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2006.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Demencia. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2008.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Depresión. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2007.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Diabetes. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2005.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Dolor Crónico Musculoesquelético. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2006.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2005.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Hipertensión Arterial. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2007.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. ICTUS. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2005.

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CANTABRIA

### FINALIDADES Y USOS

“La Cartera de Servicios recopila, a modo de catálogo, aquella prestación de servicios en atención primaria relacionados con problemas de salud y necesidades sentidas por la población, susceptibles de resolución desde este nivel de atención.

Pretende también ser un instrumento que agrupe las necesidades de política sanitaria, los criterios científico-técnicos y las expectativas de los usuarios, introduciendo la planificación por objetivos y la evaluación sistemática de las metas alcanzadas.

Constituye una herramienta de calidad de la atención pues supone una homogeneización de la metodología de trabajo, siendo su evaluación anual un instrumento de garantía de calidad que permite el conocimiento de indicadores objetivos de la práctica asistencial, la identificación de las oportunidades de mejora y el establecimiento de estrategias de mejora e introducción de medidas correctoras.

Por lo tanto, esta oferta de servicios y la calidad con que se prestan, deben ser aspectos fundamentales en los contratos de gestión y, consecuentemente su evaluación debe tener un valor importante como herramienta gestora.”

### ESTRUCTURA

#### Estructura de la cartera

La CS AP se estructura, básicamente, en función de grupos poblacionales:

- Atención a la infancia y adolescencia.
- Atención a las mujeres.
- Atención a las personas adultas y mayores.
- Atención a la población general:
  - Servicios asistenciales generales.
  - Servicios de intervención y reinserción social.
- A ellos se añade un “servicio transversal de estimulación de la autonomía personal, prevención y atención de las situaciones de dependencia”.

#### Estructura de los servicios

Cada uno de los servicios consta de:

- Indicador de cobertura (2 indicadores en los servicios relacionados con la dependencia), que incluye criterios de inclusión, aclaraciones y, en ocasiones, definiciones.
- Normas técnicas formuladas como criterios de calidad, con aclaraciones y excepciones cuando procede.

## LISTADO DE SERVICIOS

### Servicio transversal

- Estimulación de la autonomía personal, prevención y atención de las situaciones de dependencia.

### Atención a la infancia y adolescencia

- Consulta de niños.
  - Vacunaciones infantiles 0-14 años.
  - Revisión del niño sano 0-23 meses.
  - Revisión del niño sano 2-5 años.
  - Revisión del niño sano 6-14 años.
  - Educación para la salud en los centros educativos.
  - Prevención de la caries infantil.
  - Atención al niño y adolescente con asma.
  - Promoción y fomento de la lactancia materna.
  - Fisioterapia en atención temprana.
  - Logopedia en atención temprana. Estimulación en atención temprana.

### Atención a las mujeres

- Captación y valoración de la mujer embarazada.
- Seguimiento de la mujer embarazada.
- Preparación al parto.
- Visita en el primer mes post-parto.
- Información y seguimiento de métodos anticonceptivos.
- Vacunación de la rubéola.
- Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.
- Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio.
- Diagnóstico precoz del cáncer de mama.
- Atención a las mujeres en el climaterio.
- Detección y atención a la violencia contra las mujeres.

### Atención a las personas adultas y mayores

- Consulta de adultos.
- Vacunación de la gripe.
- Vacunación del tétanos.
- Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo.

- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Atención a pacientes crónicos: hipertensión arterial.
- Atención a pacientes crónicos: diabetes.
- Atención a pacientes crónicos: EPOC.
- Atención a pacientes crónicos: obesidad.
- Atención a pacientes crónicos: dislipemias.
- Educación para la salud en grupos de pacientes crónicos: diabetes.
- Educación para la salud a otros grupos.
- Atención al consumo excesivo de alcohol.
- Prevención y detección de problemas en el anciano.
- Vacunación antineumocócica.
- Atención al fumador.
- Deshabituación tabáquica.

### **Atención a la población general**

#### **Servicios asistenciales generales**

- Tratamientos fisioterapéuticos básicos.
- Atención fisioterapéutica en el domicilio a personas en situación de dependencia.
- Asesoramiento domiciliario en ayudas técnicas para personas en situación de dependencia.
- Atención fisioterapéutica en domicilio al cuidador principal de personas en situación de dependencia.
- Valoración de las situaciones de dependencia por fisioterapeuta.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Atención domiciliaria a pacientes en situación terminal.
- Cirugía menor.

#### **Servicios de intervención y reinserción social**

- Atención domiciliaria en trabajo social a personas en dependencia.
- Valoración social del domicilio de la persona en situación de dependencia.
- Atención domiciliaria al cuidador principal de personas en situación de dependencia.
  - Valoración de las situaciones de dependencia.
  - Intervención social en atención temprana.

## **BIBLIOGRAFÍA**

[Cartera de Servicios de AP. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales;2007.](#)

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE CASTILLA Y LEÓN

### ANTECEDENTES

En 2002 se creó el denominado Grupo de Cartera, del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL), constituido por los responsables de CS AP de cada área de salud, a los que se añaden representantes de sociedades científicas y de colegios profesionales. Este grupo tiene la misión de asesorar en la planificación y desarrollo de la CS AP. Además se han creado grupos técnicos de composición y ámbito variables para el análisis y propuesta de nuevos servicios o de modificaciones a los existentes.

En 2003 se publicó la primera edición de la CS AP de Castilla y León, que se inscribe en el tipo de de cartera basado en cobertura y normas técnicas. Respecto a la CS AP vigente hasta entonces, se reestructuraron los servicios y se simplificó la redacción de las normas técnicas.

En cada edición se han ido incluyendo novedades: nuevos servicios como los de atención al cuidador familiar o al niño con asma, o nuevas normas técnicas o indicadores.

El proceso de introducción de un nuevo servicio incluye la realización de un pilotaje previo para comprobar la carga de trabajo y un estudio de campo para comprobar la fiabilidad de las normas técnicas y la aceptabilidad de los usuarios.

### FINALIDADES Y USOS

#### Objetivos generales

- a) Catálogo de prestaciones a la población, proporcionadas de forma equitativa y homogénea, delimitando y clarificando qué servicios deberían prestarse desde todos los centros de salud, por parte de los equipos de atención primaria.
- b) Herramienta de mejora de la calidad asistencial, sirviendo asimismo para la gestión clínica. fundamentada en la historia clínica, las guías clínicas y la gestión por procesos.
- c) Dar respuesta a los objetivos del plan de salud y las estrategias regionales y programas de salud.
- d) Mantener la variabilidad clínica dentro de unos límites aceptables
- e) Mejorar la continuidad asistencial y la coordinación entre los diferentes profesionales.
- f) Orientar las actividades a los resultados, teniendo en cuenta las expectativas y las necesidades de los destinatarios del proceso.

- g) Recuperar la cultura de autoevaluación de la actividad clínica, estandarizar y validar los registros clínicos, y establecer un sistema de evaluación integral, que proporcione información objetiva sobre cobertura, calidad del proceso, resultados clínicos y costes derivados de la atención, así como mejorar la gestión y calidad asistenciales.

### Usos específicos

La CS AP se ha incluido en los contratos de gestión anuales de la Gerencia Regional de Salud con las distintas Gerencias de Atención Primaria y en los establecidos entre éstas y los equipos de atención primaria. En dichos contratos se establecen objetivos en términos de producto (coberturas por valor técnico), cobertura de servicios prioritarios definidos anualmente (aunque con cierta continuidad) y la realización de programas de mejora de calidad relacionados con la CS AP a nivel de área de salud y a nivel de cada EAP. Así mismo se ha venido incluyendo la autoevaluación de algunos resultados de salud intermedios (buen control de TA, de HbA1c, cesación de hábito tabáquico, prevalencia de lactancia materna).

La Cartera 2009 ha incluido un giro hacia los elementos clínicos, rescatando la evaluación de normas técnicas seleccionadas.

El procedimiento de evaluación ha ido simplificándose a medida que se ha ido desarrollando la historia clínica informatizada, de forma que se han ido reduciendo las auditorías físicas en los EAPs, sustituyéndose por explotaciones de la historia clínica informatizada, primero de forma descentralizada y con el tiempo, de forma centralizada y automatizada.

## ESTRUCTURA

### Estructura de la cartera

La cartera de servicios se estructura en torno a cuatro grandes grupos, relacionados con las características demográficas de la población a la que se dirigen.

Estos grupos son:

- Servicios al niño y joven
- Servicios a la mujer
- Servicios al adulto
- Servicios a la población general

### Estructura de los servicios

Cada uno de los servicios consta de:

- Población diana.

- Criterios de inclusión.
- Indicador de cobertura y ocasionalmente de resultado.
- Normas técnicas, formuladas como criterios de calidad del proceso (en su mayor parte), con excepciones, si procede.
- Bibliografía, y, en ocasiones, anexos clínicos.

En documento aparte (manual de evaluación) se detallan los procedimientos a seguir para la determinación de la muestra, el trabajo de campo y las aclaraciones.

## LISTADO DE SERVICIOS

### Servicios del niño y joven

- Servicio vacunaciones infantiles de 0 a 14 años.
- Servicio revisión del niño sano de 0-23 meses.
- Servicio revisión del niño sano de 2 a 5 años.
- Servicio revisión del niño sano de 6 a 14 años.
- Servicio prevención de la caries infantil.
- Servicio de asma infantil.
- Servicio atención y educación al joven.

### Servicios de la mujer

- Servicio atención a la mujer embarazada.
- Servicio educación maternal.
- Servicio visita en el primer mes posparto.
- Servicio de seguimiento de métodos anticonceptivos.
- Servicio diagnóstico precoz de cáncer de cérvix.
- Servicio diagnóstico precoz de cáncer de mama.
- Servicio atención a la mujer en el climaterio.
- Servicio detección precoz de mujeres víctimas de violencia de género.
- Servicio atención a las mujeres víctimas de violencia de género.

### Servicios del adulto

- Servicio vacunación triple vírica.
- Servicio vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo.
- Servicio actividades preventivas en el adulto.
- Servicio atención a pacientes crónicos: hipertensión arterial.
- Servicio atención a pacientes crónicos: diabetes.
- Servicio atención a pacientes crónicos: EPOC.
- Servicio atención a pacientes crónicos: obesidad.
- Servicio atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia.
- Servicio educación a grupos de pacientes crónicos: diabetes.
- Servicio atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

- Servicio de cuidados paliativos.
- Servicio atención al bebedor de riesgo.
- Actividades preventivas en mayores de 75 años.
- Servicio de atención al anciano de riesgo.
- Servicio atención al cuidador familiar.
- Servicio educación para la salud a grupos de cuidadores.
- Servicio vacunación antigripal.
- Servicio vacunación antineumocócica.
- Servicio de deshabituación tabáquica.
- Servicio atención al paciente con demencia.

#### **Servicio a la población general**

- Servicio aplicación de técnicas de fisioterapia en procesos protocolizados.
- Servicio cirugía menor en Atención Primaria.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- [Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valladolid: Junta de Castilla y León;2006.](#)
- [Cartera de Servicios de AP. Valladolid: Junta de Castilla y León;2009.](#)

## COMUNIDAD VALENCIANA

### FINALIDADES Y USOS

#### Objetivos generales

“La Cartera de Servicios de Atención Primaria tiene el objetivo básico de garantizar las prestaciones que se demandan y por tanto se convierte en un mecanismo clave con el que responder de forma más eficiente a los problemas de salud de la población.

Ha sido diseñada de forma realista y asumible, adaptándola a la realidad cambiante de la y al modelo asistencial que desea aplicar en el futuro. Y representa el esfuerzo desplegado por un amplio colectivo de profesionales y de Sociedades médicas valencianas.

Se trata de una herramienta de trabajo útil para gestores y profesionales y en una guía imprescindible para el ciudadano. A través de la definición del espacio de actuación, de la oferta de servicios que el ciudadano va a encontrar en su centro de salud o consultorio, del tiempo que se considera adecuado para atender cada patología, se ha procurado establecer ese marco general de atención que van a encontrar los valencianos cuando accedan en el futuro a ese primer nivel asistencial que hemos dado en denominar Atención Primaria.

Este documento además va a ir íntimamente unido a los objetivos y estrategias del futuro Plan de Salud de la Comunidad Valenciana. Un Plan, que junto a la Ley de ordenación sanitaria constituyen dos de las líneas de trabajo más ambiciosas para los próximos años”.

### ESTRUCTURA

#### Estructura de la cartera

Los Servicios se organizan en 2 grandes apartados:

- Población infantil.
- Población general.

#### Estructura de los servicios

Cada servicio se estructura en los siguientes apartados (no siempre se incluyen todos):

- Definición.
- Criterios de Inclusión, exclusión y sospecha.
- Cribado.
- Oferta básica asistencial (se remite a protocolo; ocasionalmente criterios de calidad).

- Sistema de información y registro.
- Población diana.
- Indicadores: cobertura, cribado, seguimiento, resultados y absoluto

## LISTADO DE SERVICIOS

### Población Infantil

- Consulta de niños.
- Vacunaciones infantiles.
- Detección precoz de metabolopatías.
- Supervisión del desarrollo infantil.
- Salud bucodental.
- Educación para la salud en la escuela.

### Población General

- Consulta de adultos.
- Vacunación contra la gripe.
- Vacunación contra el tétanos-difteria.
- Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo.
- Prevención, control y seguimiento de la hipertensión arterial.
- Prevención, control y seguimiento de la dislipemia / hiperlipemia.
- Prevención, control y seguimiento de la diabetes.
- Prevención, control y seguimiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
- Prevención, control y seguimiento de personas VIH+.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Atención a pacientes terminales.
- Prevención y detección de problemas de salud en el anciano (frágil o de alto riesgo).
- Prevención y detección de problemas en salud mental.
- Prevención y control de la tuberculosis.
- Cirugía menor.
- Captación y valoración de la mujer embarazada.
- Preparación al parto.
- Visita en el primer mes postparto.
- Educación sexual y planificación familiar (información y seguimiento de métodos anticonceptivos).
- Conocimiento del estado de vacunación de la rubéola.
- Atención a la mujer en el climaterio.
- Prevención del cáncer de cervix.
- Prevención del cáncer de mama.



- Prevención del cáncer de endometrio.
- Tratamientos fisioterapéuticos básicos.

## BIBLIOGRAFÍA

- [Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat;2001.](#)
- [Guías de Actuación Clínica I. Valencia: Conselleria de Sanitat;2002.](#)

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

### ANTECEDENTES

La Ley 10/2001 de 28 de junio, de Salud de Extremadura señala que las prestaciones ofertadas por el Sistema Sanitario Público Extremeño, serán, como mínimo, las establecidas en cada momento para el SNS y que la inclusión de nuevos servicios y prestaciones será objeto de una evaluación previa de su efectividad y eficiencia en términos tecnológicos, sociales, de salud, de coste y de ponderación en la asignación del gasto público, llevando asociada una financiación específica.

Extremadura adopta, tras asumir las transferencias de sanidad en el año 2002, la CS AP del INSALUD, mientras se elabora su nueva CS AP.

Las bases conceptuales de la CS AP de Extremadura aparecen descritas en la ORDEN de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud. En esta Orden se refiere al conjunto del Servicio de salud, y aplica expresamente la tradición de la CS AP desarrollada durante los años 90 al conjunto de la Cartera de Servicios extremeña. La evolución de la propia CS AP (en sus servicios, indicadores y normas técnicas), la Ley de Cohesión y Calidad del SNS y legislación regional sirven para justificar esta Orden.

Se define CS en los términos de la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del SNS: “La cartera de servicios es el conjunto de técnicas, tecnologías o procedimientos, entendiéndose por tales cada uno de los métodos, actividades y recursos basados en el conocimiento y experimentación científica, mediante los que se hacen efectivas las prestaciones sanitarias.”.

Se define Servicio como “aquellas actividades desarrolladas o fomentadas por los profesionales sanitarios, destinadas a la promoción y prevención, atención y rehabilitación de un problema de salud, con el objeto de satisfacer una demanda sanitaria”.

Para la elaboración y actualización de la CS, se crean dos estructuras básicas:

1. Comisión Técnica de Cartera de Servicios, un órgano de carácter consultivo, cuyas funciones principales son:
  - a) Elaborar y actualizar la propuesta de cartera de servicios.
  - b) Valorar su impacto económico, social y profesional.
  - c) Constituir grupos de trabajo.
  - d) Impulsar las actividades de seguimiento y evaluación.

- e) Informar anualmente sobre el resultado de la evaluación de la CS AP.
  - f) Asesorar sobre la elaboración, actualización y acreditación de guías de práctica clínica.
  - g) Coordinar la difusión a profesionales y usuarios.
2. Grupos de Trabajo de cartera de servicios, cuyas funciones principales son:
- a) Revisión sistemática de la bibliografía.
  - b) Analizar la visión de los profesionales de la salud respecto a necesidad, factibilidad, dificultades e implementación de los servicios.
  - c) Ponderación de la estructura real y óptima para la efectividad y eficiencia del servicio.
  - d) Redactar y elevar a la Comisión Técnica, la propuesta de organización de los servicios.

La Orden también especifica la estructura de los servicios, que consiste en:

- a) Grupo de prestaciones en el que se incluye el servicio.
- b) Definición del servicio.
- c) Población diana y criterios de inclusión, a efectos del cálculo de la cobertura del servicio, así como la definición del umbral considerado necesario.
- d) Identificación de los recursos humanos y materiales.
- e) Propuesta de criterios conceptuales y umbrales óptimos de cumplimiento para la evaluación, así como de criterios metodológicos (sistemas de registro y estructura, indicadores de proceso y resultados basados en la evidencia y rendimiento).

La CS AP, publicada en 2007, es la primera fase es de la Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud, que se pretende orientar hacia una Cartera integral basada en el proceso asistencial. Fue ratificada mediante el Decreto 175/2008 de 1 de agosto por el que se aprueba la CS AP del Servicio Extremeño.

La CS AP de Extremadura tiene dos partes: la dedicada a la Atención al individuo y la familia, y la de Atención a la Salud Pública, que pretende integrar la salud pública en el ámbito de la AP. Han colaborado en su elaboración más de 200 profesionales. Respecto a la Cartera previa, cabe destacar las siguientes novedades:

- Restructuración de servicios de pediatría.

- Creación de nuevos servicios: atención a la familia, atención al cuidador, atención a los fumadores, atención a la ansiedad, atención a la depresión.
- Se han actualizado los servicios de cáncer de cérvix, seguimiento de embarazo, cuidados paliativos, educación para la salud y atención al joven.
- Se promueve el trabajo de enfermería basado en la valoración por patrones funcionales de salud y en la elaboración de los diagnósticos de enfermería.
- Se ha introducido la utilización de varias pruebas complementarias.

Una novedad destacada es la elaboración de Cartera de Servicios de Salud Pública, que ha precisado de un esfuerzo de consenso entre los profesionales de las distintas instituciones implicadas. Para su elaboración se ha seguido la estructura común de todos los servicios y la metodología ya establecida (consenso y participación profesional, evidencia científica, análisis de factibilidad), añadiendo las obligaciones normativas y los procedimientos ya establecidos en el proceso de las prestaciones de salud pública (protocolos de inspección, por ejemplo). De esta manera se va a disponer de criterios técnicos uniformes, y de un impulso a la integración de farmacéuticos y veterinarios en la Atención Primaria. Igualmente, se integran actividades desarrolladas en Gerencias de Área y Servicios Centrales (enfermedades de declaración obligatoria; brotes, alarmas y alertas en Salud Pública; Registro General Sanitario de Alimentos; alertas alimentarias; policía sanitaria mortuoria; establecimientos no sanitarios; centros, servicios y establecimientos sanitarios), sin perder la perspectiva de la cartera de AP.

## FINALIDADES Y USOS

### Objetivos generales

“Esta CS AP nace con la finalidad, además de recoger la oferta de las prestaciones que realiza el Servicio Extremeño de Salud para todos los ciudadanos y ciudadanas de Extremadura, de ser una herramienta útil para facilitar y dinamizar el trabajo de los profesionales de AP y mejorar la calidad de la atención sanitaria.

Se concibe como el primer paso de la CS AP del Servicio Extremeño de Salud orientada hacia una CS AP integral tal como requiere una Gerencia única de Área que facilite la coordinación entre niveles asistenciales, y aumente la eficiencia del sistema sanitario.

Simultáneamente se está trabajando en la informatización de la misma de forma que la cumplimentación resulte ágil, favorezca su actualización y sirva

para facilitar la evaluación y seguimiento. Se está trabajando actualmente para que en un futuro la evaluación se pueda realizar teniendo en cuenta la cobertura, el proceso y los resultados.

La citada Orden establece que el Servicio Extremeño de Salud evaluará la cartera de los servicios de todas las Áreas de Salud con periodicidad anual.

La evaluación incluirá, para cada servicio: cobertura, grado de cumplimiento de los criterios de calidad, y existencia y suficiencia de los programas, protocolos, guías o recomendaciones que sustentan los servicios. Posteriormente se llevarán a cabo evaluaciones externas, coordinadas desde los servicios centrales sobre muestras.”

### Usos específicos

La evaluación de la CS AP persigue los siguientes objetivos:

- a) Conocer la cobertura de cada servicio, a nivel de Zona de Salud, Área de salud y Comunidad Autónoma.
- b) Conocer el grado de cumplimiento de los criterios establecidos en los servicios que se evalúan.
- c) Conocer la existencia y suficiencia de los programas, protocolos, guías de práctica clínica o recomendaciones, que sustentan la cartera de servicios.
- d) Establecer comparaciones entre el producto obtenido y el producto esperado fijado previamente en el Contrato de Gestión de Área.
- e) Promover evidencias para la gestión de aquellos procesos asistenciales cuyo abordaje considere necesario el Consejo de Dirección.

## ESTRUCTURA

### Estructura de la cartera

Los servicios de la CS AP de Extremadura se agrupan en 13 epígrafes, los 9 primeros correspondientes a la atención al individuo y la familia y los 4 restantes a la atención a la salud pública.

- Atención a la salud infantil y del adolescente.
- Atención al joven.
- Atención a la mujer.
- Atención al adulto, anciano, grupos de riesgo y enfermos crónicos.
- Atención al paciente con necesidad de cuidados paliativos.
- Atención a la salud mental.
- Actividades en materia de prevención, promoción de la salud, atención familiar y atención comunitaria.

- Rehabilitación básica.
- Procedimientos terapéuticos (cirugía menor).
- Vigilancia epidemiológica.
- Seguridad alimentaria.
- Salud medioambiental.
- Salud comunitaria.

### **Estructura de los servicios**

La estructura de los servicios es similar, con alguna variante en los servicios de atención a la salud pública. Constan de:

- Definición.
- Población diana.
- Criterios de inclusión.
- Actuaciones (que se formulan como normas de calidad y se acompañan ocasionalmente de excepciones),

Los servicios de salud pública añaden:

- Cálculo de la cobertura, que se aclara mediante criterios de inclusión, y en ocasiones de exclusión, para facilitar su cálculo. En ocasiones se añaden aclaraciones.
- El apartado de actuaciones se denomina 'actuaciones y criterios de calidad', e incluye, en general, una parte descriptiva y una formulación de los criterios de calidad correspondientes a cada actuación.

Se acompaña de una bibliografía seleccionada para cada servicio o grupos de servicios; muchos de servicios disponen de sendos anexos, que en general contienen cuestionarios, protocolos, algoritmos o clasificaciones.

## **LISTADO DE SERVICIOS**

### **ATENCIÓN AL INDIVIDUO Y LA FAMILIA**

#### **Atención a la Salud Infantil y del Adolescente**

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- Promoción de la lactancia materna.
- Promoción de hábitos saludables y autocuidados en la infancia y adolescencia.
- Prevención de patología cardiovascular.
- Prevención de enfermedades transmisibles: vacunaciones infantiles

Detección precoz de la enfermedad:

- Detección precoz de errores congénitos del metabolismo.
- Detección precoz de hipoacusias infantiles.
- Detección precoz de displasia del desarrollo de cadera.

- Detección precoz de criptorquidia.
- Detección precoz de anomalías oculares y de la visión.

Supervisión del crecimiento y desarrollo infantil:

- Supervisión del crecimiento y desarrollo físico.
- Supervisión del desarrollo psicomotor y del aprendizaje.

### **Atención al Joven**

Promoción de la salud y prevención de la enfermedad:

- Promoción de hábitos saludables y prevención de la enfermedad en relación con la alimentación.
- Promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo en relación con la actividad sexual.
- Promoción de la salud en relación con: ejercicio, consumo de tóxicos y otras conductas de riesgo.

### **Atención a la Mujer**

Cuidados prenatales y atención al puerperio:

- Consulta preconcepcional.
- Captación y valoración de la mujer embarazada.
- Seguimiento de la mujer embarazada.
- Educación maternal.
- Consulta puerperal.

Métodos anticonceptivos:

- Información y seguimiento de métodos anticonceptivos.
- Seguimiento de la mujer que utiliza anticoncepción hormonal.
- Implantación y seguimiento de dispositivos intrauterinos (DIU) por el EAP.

Diagnóstico precoz del cáncer ginecológico:

- Diagnóstico precoz del cáncer de cérvix.
- Diagnóstico precoz del cáncer de endometrio.
- Diagnóstico precoz del cáncer de mama.

Atención a la mujer en el climaterio.

### **Atención al Adulto, Ancianos, Grupos de Riesgo y Enfermos Crónicos**

Atención protocolizada a pacientes con problemas de salud crónicos y prevalentes:

- Atención a pacientes con hipertensión arterial.
- Atención a pacientes con diabetes.
- Atención a pacientes con dislipemia.
- Atención a pacientes con obesidad.
- Atención a pacientes con EPOC.

Atención a pacientes con VIH-sida.

Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.

Atención al paciente anciano y a la persona mayor frágil.

Atención al cuidador del paciente dependiente.

Atención a personas con conductas de riesgo:

- Atención a fumadores y apoyo a la deshabituación de tabaco.
- Atención al consumidor excesivo de alcohol.

### **Atención al Paciente con Necesidad de Cuidados Paliativos**

#### **Atención a la Salud Mental**

Atención al paciente con trastorno de ansiedad o depresión:

- Atención al paciente con trastorno de ansiedad.
- Atención al paciente con trastorno depresivo.

### **Actividades en Materia de Prevención, Promoción de la Salud, Atención Familiar y Atención Comunitaria**

Promoción y educación para la salud:

- Educación para la salud grupal y en centros educativos.
- Educación para la salud en la adolescencia.
- Educación para la salud en materia de salud sexual y reproductiva.
- Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: diabetes.
- Educación para la salud a pacientes con patologías crónicas: obesidad.
- Educación para la salud: prevención de zoonosis.

Prevención de enfermedades infecciosas:

- Calendario vacunal del joven.
- Vacunación de la gripe.
- Vacunación del tétanos y difteria (Td) en el adulto.
- Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo.
- Vacunación antineumocócica en el adulto.
- Vacunación de la varicela en el adulto.
- Vacunación de la rubéola en el adulto.
- Indicación y administración en su caso, de quimioprofilaxis antibiótica en los contactos con pacientes infecciosos para los problemas infectocontagiosos que así lo requieran: quimioprofilaxis de la tuberculosis.

Prevención de otras enfermedades:

- Prevención de enfermedades cardiovasculares.

Atención familiar:

- Atención a la familia.
- Prevención del síndrome del “nido vacío”.
- Prevención de conductas de riesgo de los hijos.
- Prevención de malos tratos.

### **Rehabilitación Básica**

Tratamientos fisioterapéuticos básicos.

### **Procedimientos Terapéuticos**

Cirugía menor en atención primaria.

## **ATENCIÓN A LA SALUD PÚBLICA**

### **Vigilancia epidemiológica**

Enfermedades de declaración obligatoria y sistemas centinelas:

- Enfermedades de declaración obligatoria.
- Sistemas centinelas.

Brotos epidémicos y alertas en salud pública:

- Brotes de enfermedades transmitidas por alimentos.
- Otros brotes y situaciones de alarma o alerta en Salud Pública.

### **Seguridad Alimentaria**

Control oficial de establecimientos alimentarios:

- Registro General Sanitario de Alimentos.
- Industrias alimentarias.
- Mataderos, salas de tratamiento de caza silvestre y salas de tratamiento de reses de lidia.
- Establecimientos de comidas preparadas.
- Establecimientos de comercio al por menor y venta ambulante.

Alertas alimentarias.

Formación de manipuladores de alimentos por los servicios Oficiales.

Supervisión de la formación por entidades autorizadas.

### **Salud Medioambiental**

Control oficial de aguas de consumo humano.

Control oficial de zonas de baño.

Control de establecimientos e instalaciones:

- Control sanitario de piscinas.
- Control sanitario de establecimientos y servicios de plaguicidas.
- Control sanitario de instalaciones de riesgo de legionelosis.

Control sanitario de actividades por licencia de apertura.

Control sanitario de saneamiento ambiental.

Prevención y control de zoonosis:

- Rabia/Control de agresiones por mordedura.
- Brucelosis.
- Hidatidosis.
- Control sanitario de matanzas domiciliarias.
- Control sanitario de actividades cinegéticas.

### **Salud Comunitaria**

Policía sanitaria mortuoria.

Control sanitario de centros, establecimientos y servicios:

- Establecimientos no sanitarios: Centros de decoración corporal y centros de bronceado.
- Centros, establecimientos y servicios sanitarios

## BIBLIOGRAFÍA

- [Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud AP. Volumen I Atención al Individuo y la Familia. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia;2007](#)
- [Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud AP. Volumen II Atención a la salud pública. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia;2007.](#)
- Orden de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud.
- Decreto 175/2008, de 1 de agosto, por el que se aprueba la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud.

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE GALICIA

### ESTRUCTURA

#### Estructura de la cartera

El documento “protocolo de actividad” 2003 es un contrato-tipo que incluye un apartado (el 1.2) dedicado a fijar la “oferta de servicios” del EAP. Tal oferta se concreta mediante objetivos de cobertura o de calidad, que se definen en un anexo.

El anexo “Procedimientos clínicos en atención primaria” consta de los siguientes apartados:

- Atención al adolescente, adulto y anciano.
- Atención a la mujer.
- Atención al niño sano.
- Otros servicios (cirugía menor, atención continuada).
- Servicios de apoyo (bucodental, trabajo social, fisioterapia).

#### Estructura de los servicios

El contenido de cada “servicio” o procedimiento clínico no es uniforme. En ocasiones se trata de indicadores de cobertura y en otras, se relacionan “criterios mínimos de calidad”.

### LISTADO DE SERVICIOS

#### Atención general

- Consulta niños / consulta pediátrica:
  - Consulta a demanda.
  - Consulta urgente
  - Consulta programada.
  - Consulta administrativa.
  - Revisión de salud.
  - Asistencia domiciliaria.
- Consulta adultos / consulta de medicina de familia:
  - Consulta a demanda.
  - Consulta urgente.
  - Consulta programada.
  - Consulta administrativa.
  - Revisión de salud.
  - Asistencia domiciliaria.
- Consulta / atención / servicio de enfermería:

- Atención sanitaria de urgencia no centro.
- Atención sanitaria de urgencia no domicilio / fuera do centro.
- Atención social / Consulta de trabajo social.
- Consulta telefónica.
- Acompañamiento en ambulancia al paciente grave.

#### **Atención a la infancia y adolescencia**

- Vacunación 0-14 año
- Revisión del niño San (0-23 meses)
- Revisión del niño San (2-5 años)
- Revisión del niño San (6-14 años)
- Salud buco-dental (infantil): actividades de prevención e promoción, diagnóstico de malformación, valoración de la alteración de oclusiones, detección precoz de caries, valoración da administración de flúor y sellados.

#### **Atención al adolescente**

- Educación, orientación sexual a adolescentes.
- Educación, promoción da salud en centros educativos/información sanitaria en la escuela.
- Consulta de alteración del crecimiento.
- Atención al niño y adolescente con asma.
- Consulta infecciones urinarias de repetición.
- Inspección en el medio escolar.
- Otras inspecciones.

#### **Atención a la mujer**

- Captación y valoración de la mujer embarazada.
- Seguimiento del embarazo (normal).
- Preparación al parto y educación maternal.
- Visita no primero mes después del parto.
- Información y seguimiento de métodos anticonceptivos.
- Vacunación de la rubéola.
- Diagnóstico precoz del cancro de cervix.
- Diagnóstico precoz del cancro de endometrio.
- Diagnóstico precoz del cancro de mama.
- Atención al climaterio.
- Detección e abordaje de la violencia doméstica.

#### **Atención a la edad adulta y personas mayores**

- Vacunación de la gripe.
- Vacunación del tétanos.
- Vacunación antineumocócica.
- Vacunación hepatitis B a grupos de riesgo.
- Cribado de enfermedades de transmisión sexual.

- Programa del adulto sano / B-Exámenes de salud (PAPPS) / C - Actividades preventivas en el adulto.
- Vigilancia epidemiológica y/o control de brotes epidémicos.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Consulta: isquemia miocárdica y accidente cerebrovascular.
- Atención a: obesidad, hipertensión arterial, hipercolesterolemia/dislipemia.
- Atención a pacientes con procesos crónicos: EPOC, diabetes, asma.
- Identificación de procesos crónicos: patologías osteodegenerativas: artrosis.
- Atención al paciente con tratamiento de anticoagulación oral.
- Atención a personas polimedicadas.
- Atención al dolor (bajo prescripción hospitalaria).
- Atención a pacientes con VIH-SIDA.
- Atención á la tuberculosis.
- Cirugía menor ambulatoria.
- Educación para la salud a grupos de pacientes crónicos.
- Educación para la salud a pacientes diabéticos.
- Educación para la salud con grupos específicos de población sana.
- Promoción da salud: prevención de accidentes comunitarios e promoción dirigida a minorías étnicas.
- Detección e consejo de accidentes de tráfico.
- Tratamientos fisioterapéuticos básicos.
- Prevención e control do tabaquismo/atención a.../deshabituaación tabáquica.
- Atención al consumidor excesivo de alcohol.
- Consumo de drogas non institucionalizadas.
- Atención a las toxicomanías.
- Tratamientos psicoterapéuticos.
- Salud mental / Trastornos mentales:
  - Depresión
  - Ansiedad
  - Demencia
- Prevención e detección de problemas en personas mayores / Actividades preventivas en el anciano.
- Atención al anciano de riesgo.
- Atención a ancianos residentes en una institución.
- Atención á alta hospitalaria.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y con trastornos cognitivos.
- Valoración de necesidades de cuidados domiciliarios a los mayores de 65 años i/o sus cuidadores.
- Atención domiciliaria a personas de alto riesgo.
- Atención domiciliaria a pacientes terminales.

- Atención al cuidador familiar en la comunidad.
- Educación para a saluda grupos de cuidadores.
- Atención a personas en riesgo social.

#### Otros servicios

- Gestión y tramitación de prestaciones.

**Nota:** el listado recogido es el que se encuentra, como tal, en la página Web de la Xunta de Galicia, que no coincide exactamente con el listado de servicios incluidos en el “protocolo de actividad” (documento que se ha utilizado para extraer los “criterios mínimos de calidad”).

#### BIBLIOGRAFÍA

- Protocolo de Actividade 2009 Centro Piloto Autoxestión/Centro OMI. A Coruña: Servizo/Unidade de AP;2009.
- EAPGA-2009 Avalación Médico de Familia Centro OMI. 2009.
- Obxectivos do Protocolo de Actividades do 2009 en Centros/Profesionais con IANUS\_Historia Clínica. 2009.
- Protocolo de Actividade 2003. Santiago de Compostela: Subdirección de AP;2003.

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

### ANTECEDENTES

La revisión y actualización de la CS AP aparece como una línea estratégica prioritaria del Plan de Mejora de Atención Primaria 2006-2009 de la Comunidad de Madrid. Ya en 2004 el Grupo Clínico-Asesor de AP impulsó la revisión de la estructura y contenidos de oferta de servicios, a partir de una reflexión sobre los logros y debilidades de la CS AP del Insalud. Logros como la homogeneidad, claridad de la oferta, cultura de la evaluación y herramienta de calidad y debilidades como la falta de actualización, la cargas de trabajo evaluativa o sus limitaciones como herramienta de gestión.

El trabajo fue retomado por la Comisión Científico-Técnica, formada por representantes de sociedades científicas y colegios profesionales, desde donde se coordinó la elaboración de la CS AP con la participación de más de 100 profesionales clínicos y gestores distribuidos en grupos de trabajo.

Con carácter previo se establecieron criterios para la selección y elaboración de los servicios. Para la selección: ser un objetivo institucional, ser prioritario por magnitud, gravedad o demanda y ser susceptible de atención desde la AP. Y para la elaboración, cada servicio había de estar definido cuantitativa (indicador de cobertura) y cualitativamente (criterios de buena práctica objetivables y basados en la evidencia o consenso) y ser factible y evaluable con los recursos actuales.

Así mismo, se establecen límites a la CS AP, clarificando aquello que no es la CS AP. Estos límites son:

- No se pretende una CS AP exhaustiva en la inclusión de servicios. La CS AP está orientada a servicios de especial seguimiento.
- No es exhaustiva en la definición de criterios de buena atención. El profesional ha de trabajar según Guías y Protocolos, donde sí se recogen aspectos como distribución de competencias (medicina/enfermería), criterios de derivación a atención especializada, objetivos terapéuticos, estrategias de captación, etc.
- No es exclusiva, en el sentido de que algunos de estos servicios son realizados conjuntamente por atención primaria y atención especializada
- No se detallan todas las actuaciones de cada uno de los criterios o subcriterios, asunto que se recoge en la "Metodología de Evaluación".
- La CS AP se centra en el proceso asistencial, y no puede evaluar resultados en salud ni intermedios ni de impacto en salud.
- La CS AP no mide la competencia profesional individual, sino la actuación del EAP en su conjunto.

El documento de cartera de 2007 presenta tres novedades destacadas:

a) se definen estándares para todos los indicadores de la Cartera, tanto de cobertura como de cada criterio de buena práctica.

b) se establece un conjunto de servicios y de criterios de calidad “llave”, que condicionan el cumplimiento de otros.

c) Los servicios se dividen en 2 tipos: servicios de base poblacional, cuya cobertura se establece en función de la población susceptible, y servicios de base profesional cuya cobertura se mide en función de la actividad que se desarrolle por profesional.

Se prevé una revisión anual de la CS AP por parte de la Comisión Científico-Técnica que recoja las sugerencias aportaciones que se reciban.

## FINALIDADES Y USOS

La Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid se define como “la oferta de prestaciones y servicios de especial seguimiento a los ciudadanos, priorizados en función de los problemas de salud relevantes y necesidades sentidas por la población madrileña, que son susceptibles de ser atendidos en el primer nivel asistencial y en los que, mediante el establecimiento de estándares, se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención”.

Por Servicio Estandarizado se entiende como “conjunto de actividades, técnicas, tecnologías y/o procedimientos que desarrollan los profesionales de Atención Primaria para prevenir o atender un problema de salud o una demanda asistencial y en los que mediante el establecimiento de estándares se tiene como finalidad garantizar la calidad de la atención”.

La Cartera de Servicios Estandarizados cumple una doble finalidad:

### a) Herramienta de Calidad

La CS AP fomenta el ciclo evaluativo de calidad mediante la evaluación anual de los indicadores de cobertura y de los criterios de buena práctica.

El documento presenta un listado completo de los indicadores con su numerador, denominador, excepciones y fuentes.

Se prevé el establecimiento de protocolos asistenciales unificados para la historia clínica electrónica, estructurados como Datos Generales del Paciente (DGP), y que servirán como fuente para la evaluación. El cumplimiento de los criterios de buena práctica estará disponible en la aplicación informática en una hoja de seguimiento de Cartera de Servicios. Todo ello será susceptible de revisión.

Para cada indicador se fijan tres estándares: mínimo, aceptable y óptimo, que se han definido mediante un proceso de consenso y ajuste en función de resultados previos.

Para “estandarizar” el procedimiento de evaluación global, esto es, la ponderación de los distintos indicadores, se ha seguido una metodología que ha tenido en cuenta criterios de carga de actividad y de tiempo, tamaño de la población destinataria, número de profesionales implicados, aceptabilidad profesional y disponibilidad de recursos.

Finalmente, se especifica el procedimiento general que ha de seguirse para la obtención de puntuaciones parciales y totales.

Además de fijan servicios y criterios llave. En estos servicios se ha de lograr cumplir el estándar mínimo para que otros servicios o criterios, encadenados en secuencia lógica, puedan ser contabilizados. Los servicios clave son dos: detección de problemas en el adulto y en personas mayores, respecto a los servicios de atención al consumo de tabaco, alcohol, HTA, obesidad y anciano mayor frágil (respectivamente) En la mayor parte de los servicios (28) hay algún criterio llave para otros del propio servicio. Por ejemplo, el consejo antitabaco no se valora si no se llega a un mínimo en los criterios sobre anamnesis general y sobre valoración del grado de dependencia. O no se valoran los criterios de buen seguimiento en enfermos crónicos si no se alcanza un mínimo en los criterios de valoración general, exploración y pruebas complementarias.

## b) Herramienta de Gestión

El documento presenta lo que se denomina “Índice Sintético de compromiso y cumplimiento” que resume un resultado cuali-cuantitativo. La puntuación máxima alcanzable es el valor otorgado al estándar óptimo (5 puntos) por el número de servicios. El índice se calcula como porcentaje sobre este máximo. El numerador se halla multiplicando el valor de cada estándar (1, 2 y 5 puntos para un estándar mínimo, aceptable y óptimo respectivamente) por el número de servicios que han alcanzado cada nivel y realizando el sumatorio.

## ESTRUCTURA

### Estructura de la cartera

La Cartera de Servicios Estandarizados consta de cuatro apartados:

- Definición de la Cartera 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.

### Estructura de los servicios

La estructura de cada servicio es fija y consta de:

- Indicador de cobertura y criterio de inclusión, con aclaraciones si procede.
- Criterios de buena atención (CBA), que incluyen:
  - El enunciado del criterio.
  - El enunciado de los ítems que lo integran en los casos de criterios desagregados.
  - Las aclaraciones y excepciones en los casos que procede.

En un listado aparte se presentan los Estándares de cumplimiento: mínimo, aceptable y óptimo para cada indicador de cobertura y para cada CBA, desagregado si es el caso.

Se ofrece también un listado resumen de todos los indicadores con: numerador, denominador, excepciones y fuente.

Se proporciona un listado de bibliografía para cada servicio.

## LISTADO DE SERVICIOS

### Servicios de base poblacional

- Promoción en la infancia de hábitos saludables.
- Seguimiento del desarrollo en la Infancia.
- Vacunaciones sistemáticas en la infancia.
- Detección precoz de problemas en la infancia.
- Atención a niños con asma activa.
- Atención a niños con obesidad.
- Atención bucodental en la infancia.
- Promoción de la salud en la adolescencia.
- Atención a la mujer embarazada.
- Preparación para el parto y la maternidad.
- Visita puerperal.
- Información de métodos anticonceptivos.
- Detección precoz de cáncer de cérvix.
- Detección precoz de cáncer de mama.

- Vacunación antigripal.
- Vacunaciones en el adulto.
- Promoción de estilos de vida saludable en el adulto.
- Detección de problemas de salud prevalentes en el adulto.
- Valoración de riesgo cardiovascular en el adulto.
- Atención a pacientes adultos con hipertensión Arterial.
- Atención a pacientes adultos con diabetes mellitus.
- Atención a pacientes adultos con hipercolesterolemia.
- Atención a pacientes adultos con obesidad.
- Atención a pacientes adultos con cardiopatía isquémica.
- Atención a pacientes adultos con insuficiencia cardíaca.
- Atención a pacientes adultos con asma.
- Atención a pacientes adultos con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Atención al consumo de tabaco en el adulto.
- Prevención y detección de problemas en personas mayores.
- Atención a la persona mayor frágil.
- Atención al paciente con demencia.
- Atención en cuidados paliativos.

#### **Servicios de base profesional:**

- Seguimiento de métodos anticonceptivos hormonales (medicina+enfermería).
- Atención a la mujer en el climaterio (medicina+enfermería).
- Seguimiento de pacientes adultos con anticoagulación oral (medicina+enfermería).
- Atención al consumo de alcohol en el adulto (medicina+enfermería).
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados (medicina+enfermería)
- Educación para la salud en centros educativos (EAP).
- Educación para la salud con grupos (EAP).
- Cirugía menor (medicina+enfermería).
- Fisioterapia (Fisioterapeutas).
- Detección de riesgo de maltrato familiar (EAP).

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- [Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud;2007.](#)

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

### ANTECEDENTES

Una vez recibidas las transferencias sanitarias en 2002 se constituyó un Grupo de trabajo de cartera de servicios y en 2003 el Grupo Central de Cartera. En 2003 se presentó una “cartera de transición”, básicamente la CS AP del Insalud a la que se añadieron indicadores de accesibilidad, proceso y resultado, elaborados a partir de las normas técnicas, y que fueron utilizados en evaluaciones anuales de la cartera.

Con el apoyo de la Dirección General de Asistencia Sanitaria y en coordinación con la Dirección General de Calidad, Docencia e Investigación, y bajo la coordinación del Grupo Central de Cartera, a finales de 2004 se inició el proceso para la elaboración de la CS AP del Servicio Murciano de Salud.

Las condiciones de la CS AP debían ser:

- incluir criterios de eficiencia y factibilidad, basados en la evidencia, con abordaje integral, consensuados relacionados con los planes de salud y las necesidades de profesionales y usuarios.
- se previó la implementación de la CS AP en los Planes personales de OMI-AP (sistema de avisos en la historia clínica electrónica).

Se constituyeron 19 grupos de trabajo formados por 117 profesionales de todas las categorías implicadas seleccionados mediante criterios previos y se les encargó la redacción de 36 servicios con una estructura fija plasmada en un documento marco (ver estructura). Los grupos de trabajo recibieron formación y apoyo en la búsqueda de evidencia y dispusieron hasta junio de 2005 para presentar sus propuestas. El Grupo Central de Cartera revisó el material de octubre de 2005 a mayo de 2006.

Una vez presentada la CS AP, se ha nombrado una Comisión Central de Seguimiento de Cartera, con la participación de sociedades científicas y gerencias de AP y servicios centrales con el fin de dirimir sobre propuestas para la inclusión o anulación de servicios o cambios en sus contenidos de forma periódica. Así mismo, se mantienen los grupos de trabajo con funciones de asesoría y actualización continua de los servicios que han revisado.

### FINALIDADES Y USOS

#### Objetivos generales

El Catálogo de Servicios o Cartera de Servicios, se configura como el principal instrumento de trabajo de mejora de la calidad y de gestión clínica en el ámbito asistencial.

El documento de Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Murciano de Salud recoge, de modo sistematizado, los servicios y prestaciones que desde el nivel de atención primaria se ofrecen a todos los ciudadanos de la Región de Murcia, recogiendo criterios de inclusión en cada uno de los servicios y pautas de actuación comunes para todos los profesionales, favoreciendo la equidad en las prestaciones, el análisis, la evaluación y en definitiva la mejora continua de la asistencia que prestamos a los usuarios de la Región de Murcia.

Para facilitar la aplicación de la Cartera de Servicios en la práctica diaria de los profesionales se introduce una funcionalidad en la Historia Clínica Electrónica de Atención Primaria, que consiste en un sistema de avisos que recuerdan las actividades que hay que desarrollar, con la periodicidad adecuada, en función de los programas preventivos en los que esté incluido el paciente y las patologías asociadas a este, lo que facilita el registro, el análisis y evaluación del cumplimiento de las normas exigidas en Atención Primaria (funcionalidad: planes personales en OMI AP).

La Cartera permite que se oferten servicios según las necesidades (prevalencia de los problemas de salud), con criterio de equidad (igual atención a igual necesidad), estableciendo los “mínimos” de atención con las Normas de Proceso de cada servicio y disminuyendo la “variabilidad de la atención”, mediante la protocolización de las actuaciones. Lo que supone “garantía de calidad” para el paciente.

Al disponer de un registro único en la Historia Clínica Electrónica del paciente se permite una mejor continuidad en la atención por Médicos de Familia / Pediatras, Enfermeros, Matronas, Trabajadores Sociales y Unidades de Apoyo (Salud Bucodental, Fisioterapia, Unidades Ginecológicas de Apoyo).

### Usos específicos

Para el gestor: mediante monitorización y evaluación de los indicadores, permite identificar oportunidades de mejora en las prestaciones de servicios y organización de recursos; para ajustar las actuaciones a los objetivos del Servicio Murciano de Salud en accesibilidad, proceso y resultado.

Además permite identificar las necesidades de formación e investigación en AP y es un instrumento válido para abordar mejoras de calidad en las prestaciones.

Para el profesional de AP, apoya la realización de actuaciones según la competencia profesional (mejora de la calidad científico- técnica) y disminuye la variabilidad clínica. Ayuda a tomar decisiones sin limitar la libertad de la actuación médica o enfermera.

Por otro lado, facilita la coordinación entre los propios profesionales de AP (no asignando actividades según el profesional sanitario, sino que da libertad para realizarlas a quien tenga competencias, según la organización de cada Equipo de Atención Primaria o Área de Salud) y entre Atención Primaria y Especializada (criterios de derivación).

También aporta respaldo o seguridad jurídica al profesional, ante “resultados no esperados”.

Y ha sido herramienta para el reconocimiento profesional y la incentivación económica.

En resumen, la CS AP del Servicio Murciano de Salud ofrece las siguientes funcionalidades:

- Catálogo de prestaciones.
- Equidad en el acceso y prestación de servicios.
- Mejora de la calidad científico-técnica, apoyo a la gestión clínica, disminución de la variabilidad clínica.
- Análisis y evaluación de la asistencia, oportunidades de mejora, necesidades de formación e investigación.
- Coordinación entre profesionales y niveles asistenciales.
- Reconocimiento profesional e incentivación.

## ESTRUCTURA

### Estructura de la cartera

Según el Plan para la mejora y modernización de la AP, La CS AP se agrupa en 13 áreas:

1. Atención en consulta de medicina.
2. Atención de enfermería.
3. Atención de urgencias.
4. Atención al niño.
5. Atención al joven.
6. Atención a la mujer.
7. Atención al adulto y anciano.
8. Inmunizaciones.
9. Atención comunitaria.
10. Cirugía menor.
11. Salud bucodental.
12. Fisioterapia.
13. Gestión en la unidad administrativa.

## Estructura de los servicios

Cada uno de los 37 servicios presenta la siguiente estructura:

- Objeto del Servicio, que contiene, en ciertos casos, objetivos generales (en términos de morbilidad, generalmente) y Objetivos específicos (de atención, generalmente).
- Población diana, con su estándar y justificación.
- Criterios de inclusión con sus excepciones, aclaraciones y justificación.
- Normas de proceso, estructuradas cada una de ellas en: enunciado, excepciones, aclaraciones y justificación.
- Indicadores de: accesibilidad, proceso, resultados y uso racional de medicamento. Cada indicador contiene: numerador, denominador, aclaraciones, estándar y justificación.
- Anexos.

Cada apartado “justificación” incluye referencias bibliográficas seleccionadas y calificadas con niveles de evidencia.

## LISTADO DE SERVICIOS

- Atención de medicina de familia.
- Atención de pediatría.
- Atención de enfermería.
- Atención urgencias.
- Revisiones periódicas del niño.
- Asma infantil.
- Atención al joven.
- Seguimiento de la mujer embarazada.
- Educación maternal y preparación al parto.
- Atención al puerperio.
- Información y seguimiento de métodos anticonceptivos.
- Detección precoz del cáncer de cervix.
- Detección precoz del cáncer de endometrio.
- Detección precoz del cáncer de mama.
- Atención a la mujer en el climaterio.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Atención a personas con hipertensión arterial.
- Atención a personas con diabetes mellitas.
- Atención a personas con hipercolesterolemia.
- Atención a personas con obesidad.
- Atención a personas con EPOC.

- Atención a personas con asma (adultos).
- Atención a las personas con artrosis primaria.
- Atención al consumidor de tabaco.
- Atención a personas con consumo excesivo de alcohol.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Atención a personas en situación terminal.
- Prevención y detección de problemas en las personas mayores.
- Inmunizaciones programadas en el niño.
- Otras inmunizaciones programadas.
- Educación para la salud en la escuela.
- Educación a grupos de pacientes diabéticos.
- Cirugía menor en atención primaria.
- Prevención de la caries infantil.
- Fisioterapia.
- Gestión en la unidad administrativa de los equipos de atención primaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003-2004. Murcia: Servicio Murciano de Salud;2003.
- Cartera de Servicios. Murcia: Servicio Murciano de Salud;2007.

## COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

### ANTECEDENTES

El documento de CS AP de Navarra se basa fundamentalmente en la definición de los requisitos que han de cumplirse para que un centro de salud ofrezca un servicio.

Los requisitos son de tres tipos:

- Requisitos de organización (horarios, citaciones, existencia de recursos, organizaciones específicas, mecanismos de coordinación, etc.).
- Existencia de protocolos consensuados por los profesionales, en ocasiones con especificación de contenidos mínimos.
- Existencia de un registro de casos, en muchas ocasiones.

En este documento no se desarrollan indicadores de cobertura ni criterios de buena práctica. Esos elementos se difieren a los protocolos que deben sustentar gran parte de los servicios.

El número de servicios ofertados supera en mucho la media de los ofertados por el resto de CCAA, pero es así por la desagregación y especificación a que se someten muchas actividades cotidianas de los EAP.

En el documento “descripción de la exploración de cartera” se define la estrategia informática para la medición, a nivel de cupo, de:

- “incidencias” de procesos clínicos seleccionados de corta duración (códigos en el año).
- “Prevalencias” o “cobertura” para servicios y procesos clínicos seleccionados (definidas como código + HC “tocada”).
- Indicadores de calidad seleccionados de algunos servicios. (por ejemplo, Fumadores a los que se les haya realizado alguna intervención, o espirometría previa al diagnóstico y cada 2 años en EPOC).

### FINALIDADES Y USOS

#### Objetivos generales

La Cartera de Servicios constituye uno de los ejes centrales de los pactos de gestión clínica que anualmente se establecen mediante acuerdo con los profesionales de los equipos de atención primaria.

Constituye asimismo uno de los instrumentos de mejora de la calidad de la atención en los centros de salud, entendida en términos de calidad científico-

técnica, efectividad, eficiencia y aceptabilidad del ciudadano. Colabora a ello a través de varias líneas incluidas en el Plan de gestión clínica:

- Definir y homogeneizar la oferta de servicios de los EAP.
- Garantizar la implantación de los servicios llamados básicos, tanto asistenciales como de prevención y promoción, en todas las zonas básicas de salud, con adecuados niveles de cobertura y de calidad.
- Lograr el máximo grado de implantación de servicios considerados como optativos, tanto asistenciales como de prevención y promoción, en todas las zonas básicas de salud, con adecuados niveles de cobertura y de calidad.
- Mejorar el conocimiento y utilización de los recursos, estimulando su empleo responsable y su adecuación a las necesidades derivadas tanto de la oferta de servicios, como de la deseable capacidad de resolución de los centros, incluyendo, entre otros, los aspectos de interconsulta y pruebas complementarias.
- La implicación de los profesionales en un proceso continuo de evaluación y mejora del proceso asistencial.
- Lograr una mayor información y satisfacción de los ciudadanos con los servicios prestados por los EAP.
- Desarrollar un sistema de evaluación y una política de incentiación del personal que favorezca el desarrollo de las líneas definidas en los puntos anteriores. Entre los diversos aspectos que componen el sistema de incentivos, la oferta de servicios constituye el 65% del peso total, mediante sistemas de evaluación homogéneos para todas las zonas básicas.

La concreción del Plan a través de los Pacto de gestión, se considera un instrumento útil para delimitar la misión de los Centros, definir su organización y funcionamiento y ayudar a alcanzar los objetivos implícitos en las siete áreas enumeradas. Algunas de los extremos que se evalúan son:

- Adecuación de los registros a los criterios de inclusión (EPOC, HTA, etc.).
- Cobertura (explotación de registros para obtener el número de casos) centralizada.
- Criterios de calidad seleccionados.
- Se establece a efectos de evaluación una “Cartera básica implantada” y una “Cartera opcional de mínimos implantados”.

## ESTRUCTURA

### Estructura de la cartera

La Cartera de Servicios se estructura en torno a 11 áreas de atención. Estas áreas son las siguientes:

1. Atención individual socio-sanitaria en el adulto.
2. Atención individual socio-sanitaria en el niño.
3. Atención individual socio-sanitaria a toda la población.
4. Atención grupal.
5. Técnicas y procedimientos.
6. Atención al ciudadano y comunidad.
7. Atención al medio.
8. Vigilancia epidemiológica y farmacológica.
9. Cumplimiento de normativa vigente.
10. Actividades formativas y/o investigadoras.
11. Actividades de apoyo interno y/o administrativo.

Entre las normas generales de la Cartera de Servicios, se establece que todas las normas, procedimientos y protocolos, deben estar escritos e incluir la fecha de elaboración y/o revisión, estableciéndose una periodicidad de actualización de 4 años.

La mayor parte de los servicios (60) tienen el carácter de Básicos con el fin de garantizar una equidad y homogeneidad mínima de las prestaciones, y deben ser ofertados en todo el territorio de la Comunidad Autónoma. El resto de servicios (32) se consideran Opcionales en función de las necesidades detectadas en la población o conocimientos y habilidades de los profesionales.

Por otro lado, los 95 servicios que están definidos, responden a criterios de:

- Necesidad sentida por la población.
- Prevalencia.
- Gravedad.
- eficacia de la actuación prestada.
- Factibilidad.
- obligatoriedad.

### Estructura de los servicios

La estructura de cada servicio es la siguiente:

- Definición, que amplía la descripción de los aspectos a considerar y/o acciones que deben ser desarrolladas, bajo la denominación de cada servicio.

- Requisitos mínimos que debe cumplir un centro de salud para poder prestar el servicio.
- Criterios de inclusión de las personas o pacientes en el servicio, cuando proceda según las características del mismo.
- Sistema de registro, en general informatizado e incluyendo la codificación diagnóstica en aquellos servicios que deban disponer de un registro de casos.
- Sistema de explotación para la obtención de los indicadores de cobertura, obtenidos centralizadamente y con periodicidad cuatrimestral.
- En algunos casos de servicios o de procedimientos concretos, la medición de :
  - Algún elemento relevante de proceso (fundamentalmente a través de los “Datos Generales del Paciente” o DGPs).
  - Resolución de procesos relevantes en la atención.

## LISTADO DE SERVICIOS

### Atención individual socio-sanitaria en el adulto

- Consulta médica en el centro para atender las necesidades y/o problemas de salud demandados por la población adulta.
- Consulta de enfermería en el centro para atender las necesidades y/o problemas de salud demandados por la población adulta en cuyo abordaje exista un importante componente educativo y/o de autocuidado.
- Consulta médica domiciliaria para atender problemas y/o necesidades de salud ocasionales demandados por la población adulta.
- Consulta de adultos de seguimiento en el centro, a iniciativa del profesional, sobre procesos de corta y media duración hasta su resolución.
- Consulta a personas adultas que ha padecido eventos cardiovasculares:
  - Isquemia miocárdica.
  - Accidente cerebrovascular.
- Consulta a personas adultas con procesos que precisan seguimiento de larga duración y/o crónicas a iniciativa del profesional.
- Atención al paciente con tratamiento anticoagulante oral en domicilio y/o centro.
- Consulta domiciliaria continuada a pacientes incapacitados y a su entorno familiar.
- Atención al paciente en el final de la vida y a su entorno familiar.
- Atención a toxicomanías. Soporte, orientación y seguimiento.
- Atención al dolor.

- Consulta a personas que presentan riesgo cardiovascular y precisan un abordaje multifactorial (HTA, dislipemias, tabaco) para controlar o reducir dicho riesgo.
  - HTA
  - Dislipemias
  - Tabaco
- Consulta a personas con diabetes, a iniciativa del profesional.
- Asesoramiento y plan individualizado en personas con problemas de sobrepeso u obesidad.
- Atención al consumo excesivo de alcohol.
- Consulta a personas con EPOC, a iniciativa del profesional.
- Consulta a personas con asma, a iniciativa del profesional.
- Atención a pacientes con VIH-SIDA.
- Exámenes de salud: consisten en actividades de promoción de la salud, prevención y consejo sobre estilos de vida, dirigidas a personas de 15 a 74 años. Deberá incluir las siguientes actividades:
  - Consumo de tabaco y alcohol.
  - Tensión arterial.
  - Peso.
  - Colesterol sanguíneo (según criterio PAPPS).
  - Cálculo de riesgo cardiovascular (aconsejado la utilización de la predicción de Framingham).
  - Controles ginecológicos (screening cáncer de mama, cérvix y endometrio).
  - Planificación familiar.
  - Estado vacunal (tétanos-difteria y gripe y hepatitis B a grupos de riesgo).
  - Prevención del cáncer de piel.
  - Accidentes de tráfico.
- Atención al anciano: autovaloramiento y mantenimiento de capacidades.
- Vacunación del adulto. Sistemática y a grupos de riesgo:
  - Tétanos-difteria
  - Antigripal
  - Hepatitis B
- Atención a la mujer climatérica.
- Consulta de asesoramiento y orientación sexual, y prevención de prácticas de riesgo relacionadas.
- Preparación maternal.

### Atención individual socio-sanitaria en el niño

- Consulta pediátrica en el centro para atender las necesidades y/o problemas de salud demandados de la población infantil.
- Consulta de enfermería en el centro para atender las necesidades y/o problemas de salud demandados de la población infantil (de 0 a 14 años inclusive) en cuyo abordaje exista un importante componente educativo y/o de autocuidado.
- consulta pediátrica domiciliaria ante problemas y necesidades de salud ocasionales demandados por población infantil.
- Consulta a niños, de seguimiento, en el centro, a iniciativa del profesional sobre procesos de corta y media duración hasta su resolución.
- Consulta a niños con procesos que precisan seguimiento de larga duración a iniciativa del profesional.
- Consulta a niños que presentan alteraciones del crecimiento (peso y talla) a iniciativa del profesional.
  - Baja talla
  - Bajo peso
  - Obesidad
- Consulta infantil para pacientes asmáticos, a iniciativa del profesional.
- Consulta a niños que presentan infecciones urinarias de repetición, a iniciativa del profesional.
- Programa del niño sano: Exámenes de salud por grupos de edad, educación y consejo individualizado para cada edad infantil:
  - 0-2 años
  - 3-6 años
  - 7-14 años
- Visita domiciliaria el recién nacido y puérpera.
- Vacunación infantil y adolescente. Mantoux sistemáticos.
  - Vacunación infantil (0-2 años).
  - Vacunación escolar (3-14 años).
  - Mantoux sistemático (0-14 años).

### Atención individual socio-sanitaria a toda la población

- Consulta de trabajador/a social en el centro para atender problemas sociales individuales y/o familiares demandados.
- Consulta domiciliaria de enfermería a problemas y/o necesidades de salud ocasionales demandados por la población.
- Consulta de trabajador/a social domiciliaria a problemas y/o necesidades de salud ocasionales demandados por la población.

- Consejo y atención individual y/o familiar ante situaciones de crisis derivadas de la presencia de problemas de salud o ante etapas y/o acontecimientos vitales (nacimientos, muertes, separación).
- Certificación del estado de salud.
- Realización de informes sociofamiliares.
- Consulta en el centro a procesos que requieren atención inmediata, tanto a la población adulta como infantil.
- Consulta en el domicilio a procesos que requieren atención inmediata, tanto a la población adulta como infantil.
- Acompañamiento en ambulancia al paciente grave.
- Consulta telefónica para la resolución y/o seguimiento de pequeños problemas.
- Contacto y seguimiento del paciente adulto o pediátrico en su hospitalización.

### **Atención grupal**

- Educación para la salud en relación con problemas de salud:
  - Problemas crónicos: EPOC, diabetes.
  - Problemas psíquicos: psicósomáticos, ansiedad-estrés.
  - Técnicas de relajación y manejo no medicamentoso de dificultades ansioso-depresivas.
  - Riesgo cardiovascular (HTA, dislipemias, tabaco).
  - Otros problemas/riesgos.
- Educación para la salud con grupos específicos de población:
  - Etapas de la vida: infancia, adolescencia, climaterio, ancianidad, etc.
  - Apoyo a personas cuidadoras.
  - Autocuidado y estilos de vida saludables.
  - Educación sexual.
  - Otros.
- Promoción de la salud en proyectos de acción comunitaria:
  - Escuelas promotoras de salud: Promoción de la salud en la escuela, escuela de padres.
  - Medio ambiente saludable.
  - Campañas de información-comunicación: verano y salud.
- Actividades de promoción de la salud dirigidas a las minorías étnicas de la zona básica.
- Servicio de apoyo social a cuidadoras y cuidadores, y sus familias.

### **Técnicas y procedimientos**

#### **Técnicas y procedimientos menores**

- Extracción y recogida de muestras para analítica.
- Aplicación de tratamientos inyectables.

- Realización de pruebas complementarias:
  - ECG.
  - Espirometrías.
  - Doppler.
  - Mantoux a pacientes de riesgo.
  - Otras pruebas.
- Esterilización de material.

### **Técnicas y procedimientos mayores**

- Intervenciones de cirugía menor:
  - Exéresis (fibromas, lipomas...).
  - Extirpación y biopsia en ojal.  
Afeitado y electrocoagulación.
  - Curetaje.
  - Drenaje de abscesos.
  - Tromboidectomía hemorroidal.
  - Laminectomía y hemilaminectomía.
  - Infiltraciones.
  - Desbridamiento de heridas.
- Curas de media y larga duración.
- Fisioterapia básica.

### **Atención al ciudadano y comunidad**

- Unidad de atención al usuario.
- Servicio de información a la comunidad.
- Colaboración en actividad divulgativa dentro de la zona básica y a instancias de terceros: Trasplantes, Bienestar social, Ayuntamientos, etc.
- Actuación divulgativa directa o a través de medios de comunicación sobre temas de salud.
- Servicio de participación comunitaria y/o Consejo de salud.
- Coordinación con Instituciones de la Zona Básica.

### **Atención al medio**

- Control de aguas de abastecimiento.
- Control de aguas recreativas.
- Revisión del medio escolar.
- Registro de recursos de la zona básica.
- Realización de informes MINP.
- Participación en el Programa de Ciudades Saludables.

### **Vigilancia epidemiológica y farmacológica**

- Control epidemiológico en brotes.
- Seguimiento de casos y contactos en enfermedades infecto-contagiosas.
- Colaboración en red de médicos centinelas.

- Vigilancia farmacológica.

#### **Cumplimiento de normativas vigentes. Forensía**

- Certificados de defunción.
- Actividades de Forensía.

#### **Actividades formativas y/o investigadoras**

- Docencia y formación continuada.
- Investigación.

#### **Actividades de apoyo interno y/o administrativo**

- Atención al ciudadano en el área administrativa (de modo telefónico o directo).
- Mantenimiento actualizado de la base de datos poblacional.
- Cumplimentación y tramitación de prestaciones socio-sanitarias.
- Citación y tramitación de consulta a atención especializada.
- Tramitación de cambio de médico.
- Apoyo en la impresión y dispensación de recetas, partes de incapacidad temporal, a través de la aplicación informática OMI u otras aplicaciones.
  - Recetas.
  - Invalidez Temporal.
- Organización, control y mantenimiento actualizado de archivo y circuitos de historias clínicas y radiología.
- Control mantenimiento, explotación y seguridad de registros de datos.
- Control y organización en unidad administrativa de sistemas de citación de exploraciones y pruebas complementarias internas y externas al propio centro.
- Apoyo administrativo al equipo de atención primaria y a la dirección del centro.
- Gestión de almacén.

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- Cartera de Servicios (Servicios con requisitos de inclusión). Pamplona: Dirección Atención Primaria;2007.
- Explotación de Cartera de Servicios 2008 (Documento interno).
- Pacto de Gestión 2006-2007. Pamplona: Servicio Navarro de Salud

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DEL PAÍS VASCO

### ANTECEDENTES

El País Vasco ha organizado su cartera de servicios desde 1998 como una Oferta Preferente de Servicios. Se trata de un documento que recoge los servicios preferentes, que se desarrollan, en general, en términos de indicadores de cobertura y de Criterios de Buena Atención formulados como normas de calidad.

### FINALIDADES Y USOS

La gestión de la AP se articula en los Contratos programa y los Contratos de Gestión Clínica.

Los Contratos programa se celebran entre las Direcciones territoriales y las Gerencias Comarcales. Incluyen un Anexo II de calidad, en donde se recoge la Oferta Preferente de Servicios y un Anexo III financiero.

El Contrato de Gestión Clínica se establece entre cada Gerencia de Comarca y sus Unidades de AP, e integra, entre otras cosas, un pacto sobre Oferta Preferente de Servicios.

### ESTRUCTURA

#### Estructura de la cartera

Los servicios de la Oferta Preferente se organizan en 9 grupos que reúnen a 27 servicios. Estos 9 grupos son:

- Cáncer.
- Cardiovascular.
- Diabetes mellitas.
- Salud mental y abuso de drogas.
- Enfermedades transmisibles.
- Atención al niño.
- Atención a la mujer.
- Atención a la tercera edad.
- Atención al adulto.

#### Estructura de los servicios

La estructura de cada servicio es variable.

Puede contener tres tipos de indicadores:

- Cribado.

- Cobertura.
- Criterios de Buena Atención.

Todos ellos están compuestos por:

- Definición del criterio, con excepciones y aclaraciones si proceden (en los de Cobertura: criterios de inclusión y, a veces, de exclusión).
- Indicador (numerador y denominador).

## LISTADO DE SERVICIOS

### Cáncer

- Tabaquismo.
- Cáncer ginecológico.

### Cardiovascular

- Riesgo cardiovascular.
- Hipertensión arterial.
- Hipercolesterolemia.
- Obesidad.

### Diabetes mellitus

- Prevención, educación, tratamiento.

### Salud mental y abuso de drogas

- Abuso del alcohol.
- Depresión.
- Ansiedad.
- Demencia.

### Enfermedades transmisibles

- Vacunación de la gripe.
- Vacunación de tétanos y difteria.
- Calendario vacunal infantil.

### Atención al niño

- Promoción lactancia materna.
- Revisión del niño sano.
- Asma Infantil.
- Prevención de Accidentes Infantiles.

### Atención a la mujer

- Atención al embarazo.
- Atención al puerperio.
- Menopausia.

### Atención a la tercera edad

- Atención a las personas mayores.

### Atención al adulto

- Seguridad en prácticas sexuales.
- Asma.
- EPOC.
- Pacientes crónicos domiciliarios.
- Pacientes en la fase final de la vida.

## BIBLIOGRAFÍA

- Modelo de Contrato Gestión Clínica 2008. Vitoria: Subdirección de AP;2008.
- Programa. Contrato Programa AP 2006. Anexo II Calidad. Vitoria: Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria;2006.
- Programa. Contrato Programa AP 2006. Anexo III Financiación. Vitoria: Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria;2006.
- Oferta Preferente en AP 2008.

## INGESA

### ANTECEDENTES

La CS AP de INGESA es del tipo cobertura y criterios de calidad

Se justifica la CS AP por la necesidad de clarificar y diferenciar la oferta de Servicios que debe desarrollarse en el marco de la Atención Primaria.

Se define la Cartera como “un conjunto de servicios que responden a necesidades y demandas de la población, sustentadas en criterios científico-técnicos y en prioridades de política sanitaria, y que favorecen el desarrollo de la Atención Primaria.

Se entiende por Servicio, las “actividades desarrolladas o fomentadas por los profesionales de Atención Primaria, destinadas a atender o prevenir un problema de salud o satisfacer una demanda sanitaria.

Se considera la Cartera de Servicios como un instrumento dinámico y flexible, en tiempo y ámbito geográfico y que se utiliza para la gestión del trabajo de los profesionales de Atención Primaria.

### FINALIDADES Y USOS

#### Objetivos generales

- Servir de instrumento para mostrar de una forma atractiva y comprensible a los usuarios, la actuación del nivel de Atención Primaria.
- Servir como uno de los instrumentos de medida de la actividad, con monitorización de indicadores relevantes, a todos los niveles de gestión.
- Contribuir a establecer el producto de Atención Primaria.

### ESTRUCTURA

#### Estructura de la cartera

El documento presenta 2 partes:

- a) Indicadores de cobertura.
- b) Normas técnicas.

Además se proporcionan Criterios de acreditación de los servicios y una Presentación de la Cartera de Servicios al Usuario.

Los servicios se agrupan en 5 epígrafes:

- Atención al niño.
- Atención a la mujer.
- Atención al adulto y anciano.
- Fisioterapia.

## Salud mental.

### Estructura de los servicios

Los Indicadores de cobertura de cada servicio constan de:

- Indicador.
- Término.
- Criterios de inclusión.
- Aclaraciones.

Las Normas técnicas constan de:

- Definición.
- Excepciones, en su caso.
- Anexos, en su caso.

## LISTADO DE SERVICIOS

### Atención al Niño

- Consulta niños.
- Vacunaciones infantiles de 0-14 años.
- Revisión del niño sano, 0-23 meses.
- Revisión del niño sano, 2-5 años.
- Revisión del niño sano, 6-14 años.
- Educación para la salud en centros educativos.
- Prevención de la caries Infantil.

### Atención a la Mujer

- Captación y valoración de la mujer embarazada.
- Seguimiento de la mujer embarazada.
- Preparación al parto.
- Visita en el primer mes de postparto.
- Información y Seguimiento de Métodos Anticonceptivos.
- Vacunación de la Rubéola.
- Diagnóstico precoz de cáncer de cérvix.
- Diagnóstico precoz de cáncer de endometrio.
- Diagnóstico precoz de cáncer de Mama.
- Atención a la mujer en el climaterio.

### Atención al Adulto y Anciano

- Consulta adultos.
- Vacunación de la gripe.
- Vacunación del tétanos.
- Vacunación de la hepatitis B a grupos de riesgo.
- Prevención de enfermedades cardiovasculares.
- Atención a pacientes crónicos: hipertensión arterial.

- Atención a pacientes crónicos: diabetes.
- Atención a pacientes crónicos: EPOC.
- Atención a pacientes crónicos: obesidad.
- Atención a pacientes crónicos: hipercolesterolemia.
- Atención a pacientes con VIH-SIDA.
- Educación para la salud a grupos de pacientes crónicos: diabetes.
- Educación para la salud a otros grupos.
- Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
- Atención a pacientes terminales.
- Atención al consumidor excesivo de alcohol.
- Prevención y detección de problemas en el anciano.
- Cirugía menor en Atención Primaria.

#### **Fisioterapia**

- Tratamientos fisioterapéuticos básicos.

#### **Salud Mental**

- Tratamientos psicoterapéuticos

#### **BIBLIOGRAFÍA**

- [Cartera de servicios de atención primaria: definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2001.](#)
- [Evaluación de la cartera de servicios. Manual de Procedimiento Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.](#)



**BALEARES, CANARIAS, CASTILLA-LA MANCHA, CATALUÑA Y LA RIOJA**

Se remite al informe [Oferta de Servicios en Atención Primaria 2008](#).

## III - CONTENIDO CLÍNICO DE LAS CARTERAS DE SERVICIOS DE LAS CCAA. CRITERIOS O NORMAS DE CALIDAD

### III.1. INTRODUCCIÓN

El objetivo de este apartado es mostrar el contenido clínico pormenorizado de los servicios, tal como aparecen en las diversas CS AP de las CCAA. Se recoge también, cuando así conviene, la periodicidad.

Esta relación permite visualizar las normas de calidad que son comunes y aquéllas otras que sólo están presentes en algunas CCAA, así como el distinto nivel de detalle de las diferentes propuestas. Y facilita la observación de la variabilidad existente en las recomendaciones concretas de actuación en cada Comunidad Autónoma.

Ha de hacerse notar, aunque es obvio, que este esquema no puede tomarse como base para un juicio sobre la calidad diferencial de la atención recibida ni siquiera recomendada. Pero sí puede permitir o estimular el análisis científico-técnico y de oportunidad acerca de la pertinencia o justificación de las recomendaciones clínicas y de su variabilidad.

#### Metodología

##### Selección y ordenación de los servicios.

Como se puede observar en los informes específicos por Comunidad Autónoma, no siempre se sigue una misma ordenación de los servicios ofertados, ni se incluyen en la cartera los mismos servicios.

Para presentar una organización que permita la fácil comparabilidad, se ha tomado el listado y el orden de los Servicios tal como se incluyen en la cartera común del SNS.

##### Recopilación y ordenación de los criterios o normas de calidad

Los criterios o normas de calidad no presentan una pauta única en su redacción en las distintas CS AP. Ni tampoco, en ocasiones, dentro de una misma CS AP. Unas veces cada norma es un criterio único y separado, otras veces la norma incluye subcriterios explícitos o implícitos. Estos subcriterios, además, puede referirse, aunque se incluyan dentro de una misma norma, a distintos aspectos de la atención, como el seguimiento o el tratamiento.

Con la intención de facilitar la comparabilidad e inteligibilidad inmediata del conjunto de criterios, se ha seguido los siguientes principios:

- a) Cada servicio se ha estructurado, a los efectos de agrupar los criterios de calidad, en un esquema general, que, con alguna excepción, es el siguiente:
  - Criterios de inclusión.
  - Valoración inicial.
  - Seguimiento:
    - Anamnesis.
    - Exploración física.
    - Pruebas complementarias.
  - Intervenciones.
- b) Cuando los subcriterios de una mismo criterio o norma pertenecen a apartados distintos del esquema general, la norma se ha desagregado y colocado en su lugar correspondiente.
- c) Se ha simplificado la redacción de la las normas tal como pueden encontrarse en cada CS AP, destilando su contenido, aunque ello pueda acarrear, en ocasiones, pérdida de precisión.
- d) No se han recogido excepciones ni aclaraciones, porque el propósito de esta recopilación es la comparación general, y tal intento se antoja prolijo e irrelevante para los objetivos que se pretenden.
- e) Se ha incluido temporalidad si así se especifica.

## Contenido

Se presentas dos aproximaciones complementarias:

### a) Resumen detallado

Se recopilan, bajo el esquema común que se ha explicado, las normas o criterios de atención de cada servicio. Aunque, como se ha dicho, se ha simplificado la redacción de las normas, también se ha intentado conservar, en lo posible, la idiosincrasia de cada enfoque.

### b) Resumen narrado

A partir del resumen detallado, se ha elaborado una síntesis de la información, que pretende facilitar una visión panorámica más sintética. Se centra en el contenido clínico efectivo y en el número de CCAA que incluyen cada criterio o norma.

Se dispone de información sobre los criterios o normas de calidad de 10 CCAA más Ingesa (que a efectos de contabilización se considera una Comunidad Autónoma más). Se relacionan a continuación los documentos utilizados para la realización de la síntesis.

<b>AN</b>	Documento de Cartera de Servicios
<b>AR</b>	Indicadores clínicos
<b>AS</b>	Información no disponible (Los PACAI recogen recomendaciones)
<b>BL</b>	Información no disponible
<b>CA</b>	Información no disponible
<b>CN</b>	Documento de Cartera de Servicios
<b>CL</b>	Documento de Cartera de Servicios
<b>CM</b>	Información no disponible
<b>CT</b>	Información no disponible
<b>CV</b>	Información no disponible (La CS AP no contiene Criterios de calidad)
<b>EX</b>	Documento de Cartera de Servicios
<b>GL</b>	Diversas guías clínicas y “protocolo de actividad 2003”
<b>MD</b>	Documento de Cartera de Servicios
<b>MR</b>	Documento de Cartera de Servicios
<b>NV</b>	Indicadores (algoritmos de explotación)
<b>PV</b>	Oferta preferente
<b>LR</b>	Información no disponible
<b>IN</b>	Documento de Cartera de Servicios

Es necesario señalar que las CS AP se apoyan, a veces, en otros documentos clínicos como guías o programas de salud. Forman parte de la pléyade de documentos que han aparecido en los últimos años sobre los más variados problemas de salud, con enfoques, metodologías y patrocinios diversos. Las CCAA se han sumado a este esfuerzo y han venido desarrollando, en una u otra medida, documentos elaborados, en general, por grupos de profesionales locales. Una relación de tales documentos se presenta en el apartado V de este informe, de bibliografía general.

## III.2. RESUMEN NARRADO

### ATENCIÓN AL NIÑO

#### Vacunaciones infantiles de 0-14 años (9 CCAA)

##### Intervenciones

- Se recomienda administrar la dosis de vacunas correspondientes según calendario vacunal (no se recogen aquí).

#### Revisiones del niño sano (10 CCAA)

- 7 CCAA organizan los servicios del niño sano por periodos de edad (0-23 meses, 2-5 años y 6-14 años) y 3 CCAA han organizado los servicios en función de los contenidos (promoción de hábitos, seguimiento del desarrollo y cribados).

#### Revisión del niño sano de 0-23 meses (6 CCAA)

##### Seguimiento

- El número de visitas recomendado en cada Comunidad Autónoma es distinto: 1 ó 2 visitas el primer mes; 1, 3 ó 4 visitas el primer año; y 1 ó 2 el segundo año (5 CCAA).
- Además de recoger los antecedentes perinatales, coinciden en recomendar en cada visita: peso, talla, perímetro cefálico, desarrollo psicomotor, visión, caderas, auscultación cardiaca y pulsos periféricos. Audición, lenguaje y riesgo psicosocial se recomienda en 1 Comunidad Autónoma. 1 Comunidad Autónoma incluye el registro del tipo de lactancia a los 7-15 días y a los 6 meses.

##### Intervenciones

- 5 CCAA recomiendan consejo sobre alimentación y prevención de caries y accidentes. 2 CCAA incluyen consejo sobre tabaquismo pasivo y muerte súbita y 1 sobre protección solar. Cribados de maltrato y de sordera neonatal lo recomienda 1 Comunidad Autónoma.

#### Revisión del niño sano de 2 a 5 y de 6 a 14 años (6 CCAA)

##### Seguimiento

- Se recomienda medir peso, talla, IMC y agudeza visual (con optotipos a partir de los 3-4 años) 1 ó 2 veces de los 2 a los 5 años y a los 6, 11 y 14 (o 3 veces de 6 a 14).
- Tomar la presión arterial 1 vez (periodos dispares, 6-14, 11-14 o a mayores de 10 años, y 1 también 1 Comunidad Autónoma a los 3-6 años).

- En edades de 2-5 años se añade la exploración del desarrollo psicomotor, audición y exploración de miembros inferiores y de boca.
- 1 Comunidad Autónoma no fija periodicidad. 2 CCAA mantienen la exploración bucodental en las edades superiores y añaden exploración del lenguaje, hiperactividad, desamparo y rasquis y 1 el desarrollo puberal.

### Intervenciones

- Coinciden, con excepciones puntuales, en recomendar consejo sobre higiene dental, corporal, alimentación y prevención de accidentes 1 ó 2 veces de 2 a 5 años, y a los 6, 11 y 14 años. Consejo sobre profilaxis con flúor lo recomiendan 3 CCAA de forma aislada. Se recomienda consejo sobre ejercicio y protección solar y a los 14 años consejo sobre alcohol y tabaco (pasivo en edades previas) y prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual.

## Promoción de hábitos saludables en la infancia / Seguimiento del Desarrollo (4 CCAA)

### Seguimiento

- Las 4 CCAA coinciden en recomendar antropometrías y vigilancia de desarrollo psicomotor, si bien con distintas periodicidades. En el periodo que va de los 0 a los 14 años, 10 u 11 veces peso y, talla, 3 ó 6 veces el perímetro cefálico y 7 ó 9 veces el desarrollo psicomotor. Una Comunidad Autónoma no fija periodos.
- 2 CCAA recomiendan explorar comportamiento y aprendizaje y 1 el estadio puberal.

### Intervenciones

- Las 4 CCAA recomiendan consejo sobre lactancia, prevención de muerte súbita, accidentes en general y tabaquismo (pasivo). 2 CCAA recomiendan ejercicio, exposición solar, consumo de alcohol y otras drogas y plan de cuidados sobre problemas detectados.
- 1 Comunidad Autónoma incluye consejo sobre alimentación cardiosaludable, Introducción de alimentos, higiene dental, consejo a padres sobre educación sexual y prevención del maltrato.

## Atención bucodental en la infancia (6-14 años) (10 CCAA)

### Seguimiento

- Todas las CCAA ofrecen una revisión odontológica que mida el índice de caries. 4 fijan periodicidad (cada 1 ó 2 años).
- 2 incluyen la realización de odontograma y valoración de maloclusión. Y 1 la valoración de hábitos y de la necesidad de tratamiento.

## Intervenciones

- Todas las CCAA ofrecen aplicación de flúor tópico profesional, aunque con distintos criterios:
  - COD  $\geq$  3 (3 CCAA) (1 Comunidad Autónoma COD  $\geq$  3+caries no tratada, 1 Comunidad Autónoma COD  $\geq$  1).
  - CAOD  $\geq$  1 (4 CCAA) (1 Comunidad Autónoma + caries no tratada).
  - 2 CCAA no especifican criterios.
- La aplicación de flúor será semestral y se reevaluará la indicación cada 2 años. (3 CCAA).
- 6 CCAA ofrecen sellado de fisuras en molares permanentes y 3 especifican la revisión del sellado al año.
- 3 CCAA ofrecen obturación del molar/es definitivo/s.
- 1 Comunidad Autónoma recomienda tartrectomía si sarro.
- Consejos generales de higiene y alimentación se hacen explícitos en 4 CCAA.

## Atención y educación al joven (15-19 años) (5 CCAA)

### Anamnesis

- Se recomienda anamnesis sobre consumo de tabaco, alcohol y drogas (4 CCAA). 2 CCAA incluyen Valoración funcional completa y/o valoración sociofamiliar; y otras 2 CCAA, anamnesis sobre alimentación y conducta de riesgo de accidentes y trastornos de la conducta. Alguna Comunidad Autónoma incluye anamnesis sobre rendimiento escolar o sobre comportamiento sexual.

### Intervenciones

- Todas incluyen consejo sobre tabaco, alcohol y drogas, alimentación, prevención de Infecciones de transmisión sexual y prevención de Accidentes de tráfico. También se incluyen consejo sobre ejercicio (4 CCAA) y sobre uso correcto de preservativo (1 Comunidad Autónoma).
- 2 CCAA aconsejan planes de cuidados si se identifica disfunción o riesgo.

## Atención al asma infantil (7 CCAA)

### Criterio de inclusión

- El criterio diagnóstico general se expresa de modos diversos, pero en esencia se define como la presencia de síntomas recurrentes con test de broncodilatación, test de provocación o variabilidad FEM positivos, o bien reversibilidad espontánea de una espirometría obstructiva. 5 CCAA admiten el diagnóstico clínico, pormenorizado con distinto nivel de detalle.

### Valoración inicial

- Aparte de la valoración de gravedad del asma, 3 CCAA recomiendan anamnesis sobre diversos detalles clínicos de la enfermedad y sobre los desencadenantes y 4 recomiendan estudio alérgico. Una Comunidad Autónoma recomienda radiología de tórax.

### Seguimiento

- El seguimiento recomendado se estandariza en una valoración anual de la gravedad del asma, aunque con diversas escalas o clasificaciones según la Comunidad Autónoma (GINA, CIP, SEIPCAP), que incluye, en mayores de 6 años, espirometría o FEM.

### Intervenciones

- Varían en el nivel de detalle y organización, pero en general se incluye la revisión anual del plan de tratamiento (escrito en ocasiones) y de la técnica de inhalación, así como consejos específicos sobre el cuidado del asma y sobre vacunación antigripal. Algunas CCAA incluyen la valoración de Adherencia, consejo Antitabaco, o recomiendan Programa educativo estructurado o indicación de tratamiento según clasificación funcional.

## ATENCIÓN A LA MUJER

### Atención a la mujer embarazada (11 CCAA)

#### Criterio de inclusión

- La mayoría de las CCAA consideran que la inclusión ha de hacerse antes de la 12ª semana (6 CCAA) o de la 10ª semana (1 Comunidad Autónoma). Las otras 2 CCAA requieren únicamente señalar la fecha de la última regla o la fecha probable de parto.

#### Valoración inicial

- Se recomienda recoger: fecha probable de parto y de última regla (7 CCAA); valoración del riesgo obstétrico, con anamnesis sobre antecedentes, tóxicos, edad, etc. (8 CCAA); exploración física aún con distinto contenido (8 CCAA); analítica básica con serologías, grupo-Rh y cultivo de orina (6 CCAA). Algunas CCAA incluyen también valoración funcional (1 CCAA), social (2 CCAA), derivación a salud bucodental en primer trimestre (2 CCAA) y grado de aceptación (2 CCAA). 1 Comunidad Autónoma especifica que esta valoración inicial ha de realizarse en el primer mes tras el diagnóstico.

#### Seguimiento

- El número de visitas recomendadas durante el embarazo es variada: 3 visitas (1 trimestral, 1 Comunidad Autónoma), 6 (2 antes de la 20ª

- semana, 2 entre la 20-28 y otras 2 desde la 28ª, 5 CCAA); 9 ó 10 visitas fijadas en determinadas semanas (2 CCAA).
- En cada visita se recomienda el cálculo de la edad gestacional (7 CCAA), la valoración del riesgo obstétrico (3 CCAA) y anamnesis sobre percepción de movimientos fetales a partir de la 20ª semana (3 CCAA).
  - La exploración física comprende: peso y presión arterial (8 CCAA), edemas en extremidades (7 CCAA), fondo uterino (6 CCAA), maniobras de Leopold a partir de la 28ª semana (6 CCAA) y auscultación del latido fetal (7 CCAA), con doppler en 1 Comunidad Autónoma. 1 Comunidad Autónoma recomienda tacto vaginal para valorar cuello desde la 38ª semana.
  - Las pruebas complementarias incluyen en determinadas fechas: hemograma (7 CCAA) con glucemia (1 Comunidad Autónoma) y función hepática (1 Comunidad Autónoma), test de O'Sullivan (4 CCAA), Coombs indirecto (4 CCAA), antígeno de superficie de la hepatitis B (6 CCAA), cultivo de exudado (3 CCAA), urocultivo (3 CCAA) y coagulación (2 CCAA). Algunas CCAA incluyen tira de orina (2 CCAA) y/o sistemático de orina con sedimento (4 CCAA).
  - Salvo 1 Comunidad Autónoma, todas recomiendan realizar 2 ó 3 ecografías. 7 señalan fechas: hacia la semanas 12ª (5 CCAA), 20ª (7 CCAA) y 35ª (5 CCAA). 1 Comunidad Autónoma no señala fechas.
  - Monitorización fetal no estresante semanal a partir de la 38-40 semana es recomendado por 3 CCAA.

### Intervenciones

- Se recomienda proporcionar consejo sobre alimentación, ejercicio, tabaco y alcohol (9 CCAA), medicación, síntomas de consulta urgente (7 CCAA), promoción de lactancia materna (5 CCAA), prevención de accidentes (2 CCAA), prevención de infección por toxoplasma y ofrecer el servicio de atención al parto (5 CCAA).
- Se recomienda cribado prenatal de anomalías congénitas en 4 CCAA y cribado de gonorrea en caso de riesgo (2 CCAA).
- Desde la primera visita se recomienda ácido fólico (4 CCAA) y yodo (3 CCAA); y quimioprofilaxis con hierro si es preciso en 2 CCAA.
- La revisión del calendario vacunal, incluida la vacunación antigripal se recomienda en 3 CCAA.
- La necesidad de inmunización anti-D en primíparas con Rh y Coombs (-) se hace explícita en 2 CCAA.

## Preparación al parto (8 CCAA)

### Criterio de inclusión

- La inclusión ha de hacerse antes de la 28-32ª semana. (7 CCAA).

### Requisitos / Contenidos

- Todas las CCAA señalan la existencia de un protocolo y/o contenidos relacionados con técnicas, ejercicios e información. Algunas fijan criterios de asistencia (2 CCAA) y/o de registro (4 CCAA) y/o evaluación (4 CCAA).

## Visita puerperal (10 CCAA)

### Criterio de inclusión

- La visita ha de realizarse en el domicilio o centro antes de los 10-15 días (9 CCAA). 1 Comunidad Autónoma fija la visita en el 3-4º día con oferta de otras dos visitas los días 5-8º y 15º.

### Contenido

- 4 CCAA recomiendan valoración emocional y psicosocial y 1 Comunidad Autónoma valoración funcional completa. 2 CCAA insisten en comprobar la realización del cribado neonatal.
- Se ha de explorar: fondo uterino, periné o incisión (8 CCAA), loquios, mamas (7 CCAA), temperatura corporal (7 CCAA), presión arterial, miembros inferiores y exploración del recién nacido (2 CCAA).

### Intervenciones

- Consejo sobre higiene, alimentación y descanso (7 CCAA), sexualidad y anticoncepción (6 CCAA), ejercicios específicos (3 CCAA), cuidado de mamas y cicatrices (2 CCAA). Algunas CCAA también incluyen: consejo sobre tabaco y tóxicos, signos de alarma, información sobre citologías, y evaluación del riesgo y derivación si procede.
- También ha de ofrecerse consejo sobre el recién nacido: higiene y cuidado, alimentación, lactancia natural (8 CCAA), prevención de muerte súbita (2 CCAA) e inclusión del niño en el servicio del niño sano (5 CCAA).

## Información sobre métodos anticonceptivos / seguridad sexual (7 CCAA)

### Criterio de inclusión

- Se incluyen mujeres desde los 14 años (3 CCAA) o los 20 años (3 CCAA) hasta los 49 años. 1 Comunidad Autónoma dirige la información sobre anticoncepción de 14 a 25 años y la sexual de 14 a 45.

### Valoración

- Se recomienda anamnesis sobre el uso o no de anticoncepción cada 2 años (6 CCAA); 1 Comunidad Autónoma incluye una valoración funcional completa.

### Intervenciones

- Todas las CCAA recomiendan información y orientación sobre métodos anticonceptivos, incluyendo expresamente, la mayoría, información sobre la píldora poscoital.
- Información sobre prácticas seguras y transmisión de enfermedades son recomendadas por 3 CCAA.
- 2 CCAA incluyen información específica para usuarios de métodos de barrera, DIU, Implante o método definitivo.

### Seguimiento de métodos anticonceptivos hormonales (8 CCAA)

#### Criterio de inclusión

- 3 CCAA fijan un periodo temporal (últimos 18 meses) y 1 Comunidad Autónoma la demanda.

#### Valoración inicial

- Se recomienda anamnesis para descartar contraindicaciones absolutas y relativas (7 CCAA), información sobre pautas y efectos adversos (2 CCAA).

#### Seguimiento

- Cada 2 años (1 Comunidad Autónoma cada 3 años) se indagará sobre tolerancia y problemas (5 CCAA).
- Presión arterial (7 CCAA), peso (5 CCAA) y signos de patología vascular periférica (1 Comunidad Autónoma) se aconsejan explorar cada 2 años (1 Comunidad Autónoma cada año y otra cada 3 años).
- Cada 2 años (1 Comunidad Autónoma cada 1-2 años) se recomienda analítica con glucemia, lípidos, transaminasas y bilirrubina (6 CCAA). 1 Comunidad Autónoma aconseja lípidos en mayores de 45 años.

#### Intervenciones

- Con carácter bienal (1 Comunidad Autónoma cada 3 años) se aconseja consejo sobre tabaco (6 CCAA), valoración de efectos adversos (4 CCAA) y adherencia (2 CCAA), información sobre modo de uso (2 CCAA) así como información sobre prevención de infecciones de transmisión sexual (2 CCAA).
- 4 CCAA recomiendan tratamiento de elección: preparados con dosis bajas, tricíclicos o microdosis (gestágeno de 2ª generación y dosis de estradiol < de).

- 1 Comunidad Autónoma recomienda revisiones al mes y tercer mes en adolescentes, y otra, seguimiento e intervención de FRCV.

### **Detección precoz de cáncer de cérvix (10 CCAA)**

#### **Criterio de inclusión**

- La edad recomendada para el inicio de citología es variada: 15 años (1 Comunidad Autónoma), 20 años (1 Comunidad Autónoma), 25 años (5 CCAA) o 35 años (2 CCAA). La finalización se fija a los 65 años (7 CCAA) o a los 59 (1 Comunidad Autónoma).

#### **Contenido**

- La mayor parte de las CCAA recomiendan la citología cada 5 años (7 CCAA), dos de las cuales reducen el intervalo a 3 años antes de los 34 años. 2 CCAA la recomiendan cada 2 años y 1 Comunidad Autónoma cada 3-5 años. 8 CCAA recomiendan dos citologías iniciales con 1 año de intervalo y 2 CCAA 2 citologías en mayores de 64 años en mujeres sin citología previa.
- 1 Comunidad Autónoma recomienda determinación de VPH cada 5 años en mujeres de 35 a 65 años.

### **Detección precoz de cáncer de mama (9 CCAA)**

#### **Criterio de inclusión**

- Se incluyen mujeres entre 45 y 69 años. 1 CCA adelanta la edad de inicio a los 45 años y 2 CCAA lo acortan a los 64 años.

#### **Contenido**

- En todas las CCAA se recomienda realizar la mamografía cada 2 años.

### **Detección precoz de cáncer de endometrio (7 CCAA)**

#### **Criterio de inclusión**

- Mujeres mayores de 50 años (4 CCAA). 2 CCAA incluyen este cribado en el servicio de Atención a la menopausia.

#### **Contenido**

- Anamnesis sobre sangrado vaginal anual (4 CCAA), sin periodicidad (2 CCAA). 1 Comunidad Autónoma incluye un exploración del “riesgo ginecológico” quinquenal o bienal (de 41 a 74 años) en diabéticos, hipertensos, obesos y fumadores.

## Atención al climaterio (11 CCAA)

### Criterio de inclusión

- 6 CCAA utilizan un criterio de amenorrea superior a 6 ó 12 meses más síntomas, 3 CCAA criterios de edad (45 a 55 ó 59; síntomas en mayores de 40 años) y 1 Comunidad Autónoma únicamente síntomas.

### Valoración / Seguimiento

- Han de valorarse anualmente (3 CCAA) o sin periodicidad determinada (4 CCAA): síntomas vasomotores; autopercepción, autoestima, ánimo; sequedad vaginal, sexualidad; (7 CCAA); sueño descanso; incontinencia urinaria; factores de riesgo de osteoporosis y antecedentes gineco-obstétricos (6 CCAA).

### Intervenciones

- Consejo anual (o sin periodicidad, o cada 3 años) sobre ejercicio y aporte de calcio se recomienda en 9 CCAA, y sobre riesgo de embarazo en 7 CCAA.
- Se recomienda elaborar un plan de cuidados individualizado en 9 CCAA (en 3 con carácter anual).
- 3 CCAA recomiendan consejo sobre automedicación e información sobre los cambios del climaterio y 2 CCAA sobre tabaco, alcohol y cafeína. 1 Comunidad Autónoma aconseja ofrecer educación sanitaria en grupo.
- 2 CCAA hacen recomendaciones específicas sobre fármacos antifractura y tratamiento hormonal sustitutivo.

## Atención a mujeres víctimas de violencia de género (5 CCAA)

### Criterio de inclusión

- 2 CCAA incluyen el cribado mediante anamnesis en mujeres a partir de los 14 años, cada 3 años en un caso. 2 CCAA incluyen a las mujeres con síntomas o sospecha de maltrato. 1 Comunidad Autónoma incluye la sospecha de maltrato sin distinción de edad o sexo.

### Valoración / Seguimiento

- Si existe sospecha pero no reconocimiento se aconseja seguimiento semestral (1 Comunidad Autónoma) o anual (1 Comunidad Autónoma).
- Se recomienda valoración del riesgo físico psíquico y social (4 CCAA), de la situación de violencia (tipo y fase del maltrato, 2 CCAA) y valoración biopsicosocial (2 CCAA). 1 Comunidad Autónoma especifica la valoración de violencia sexual.

### Intervenciones

- Se recomienda un plan de cuidados individualizado (2 CCAA), un plan de seguridad (3 CCAA) e información sobre derechos y apoyos (3

CCAA). 1 Comunidad Autónoma señala intervenciones específicas en caso de violencia sexual.

### **Vacunación de la rubéola (6 CCAA)**

#### **Criterio de inclusión**

- Mujeres de 15 años y hasta los 34 (2 CCAA), 40 (1 Comunidad Autónoma), 45 (1 Comunidad Autónoma) o 49 (2 CCAA).

#### **Contenido**

- Anamnesis sobre estado vacunal (5 CCAA), vacunación si serología negativa o dudosa (5 CCAA) e información sobre el riesgo potencial de un embarazo posvacunal y consejo anticonceptivo (5 CCAA).

## **ATENCIÓN AL ADULTO**

### **Vacunación hepatitis B a grupos de riesgo (7 CCAA)**

#### **Intervención**

- Pauta 0-1-6 a mayores de 14 años pertenecientes a grupos de riesgo (que no he CF)

### **Vacunación tétanos / tétanos difteria (6 CCAA)**

#### **Intervención**

- 3 CCAA especifican protocolo (Pauta 0-1-12 y recuerdo cada 10 años - una 5-10) a mayores de 24, 16 o 7 según las distintas CCAA.
- 1CCA especifica la anamnesis previa a la vacunación y la profilaxis antitetánica en heridas y quemaduras y otra el registro del estado vacunal.

### **Vacunación neumococo (5 CCAA)**

#### **Intervención**

- 4 CCAA recomiendan la vacuna a los mayores de 60 años y menores que pertenezcan a grupos de riesgo. 1 sólo lo indica en personas de riesgo.
- 1 especifica que ha de hacerse anamnesis previa a la vacunación y necesidad de dosis de recuerdo en personas de alto riesgo.

### **Vacunación gripe (9 CCAA)**

#### **Intervención**

- 1 Comunidad Autónoma remite a los criterios anuales del Consejo Interterritorial, 4 recomiendan vacunación a  $\geq$  de 60 años y otras 4 a  $\geq$

65 años. Y a menores de esas edades a personas pertenecientes a grupos de riesgo.

- 1 Comunidad Autónoma incluye la anamnesis prevacunal y otra el registro de la negativa a vacunarse.

## Actividades preventivas en el adulto (10 CCAA)

### Criterio de inclusión

- Se especifican criterios de edad (desde los 14, de 20-75, 40-65, 30-74) en 7 CCAA.

### Actividades

- Se aconsejan medir la presión arterial entre los 20 y 40 años cada 5 años (8 CCAA) o 4 años (2 CCAA). Y cada 2 años entre los 40 y 74 años (1 sin límite superior). (1 Comunidad Autónoma cada año a partir de los 50 años).
- Excepto 1 Comunidad Autónoma, se aconseja cuantificar el consumo de tabaco y alcohol cada 2 años (1 Comunidad Autónoma cada 4 años y otra cada 5).
- Se aconsejan medir el colesterol total cada 5 años (5 CCAA) o 6 años (3 CCAA) en adultos varones de 35 a 75 años y mujeres 45-75 a. (2 CCAA hasta los 65; 1 Comunidad Autónoma desde 45 también en varones). 4 CCAA también aconsejan una medida de colesterol total en menores y mayores de los límites de edad descritos.
- De aconseja medir la glucemia basal en mayores de 45 años cada 3 años (5 CCAA) o cada 5 años (2 CCAA); 1 Comunidad Autónoma lo recomienda anualmente en el caso de tener FR de DM2. Y 1 Comunidad Autónoma lo aconseja entere los 15 y 40 años.
- Se aconsejan medir el IMC cada 4 años (5 CCAA) o cada 5 años (2 CCAA).
- Se recomiendan calcular el RCV, con distinta periodicidad y criterios. Cada 5 años (1 Comunidad Autónoma), cada 4 años (1 Comunidad Autónoma), cada 2 ó 5 años según edad (1 Comunidad Autónoma), cada 1 a 5 años según riesgo (2 CCAA). 1 Comunidad Autónoma no proporciona criterios.
- Se aconseja recoger los antecedentes de enfermedad cardiovascular precoz en 3 CCAA (1 de ellas cada 4 años).
- 2 CCAA incluyen también anamnesis sobre: consumo de drogas, agudeza visual y auditiva, aspectos psicosociales, cada 4 ó 5 años.
- Y 1 Comunidad Autónoma anamnesis sobre actividad física (cada 2 ó 5 años según edad), otra el perímetro de cintura (cada 4 años) y otra

sobre antecedentes familiares y factores de riesgo de cáncer colorrectal y cribado si son positivos (cada 4 años).

### Intervenciones

- Se recomienda consejo sobre tabaco, alcohol, dieta y ejercicio cada 4 ó 5 años (5 CCAA).
- 2 CCAA añaden consejo sobre drogas, métodos anticonceptivos, prevención de enfermedades de transmisión sexual, cada 4 ó 5 años.
- 1 Comunidad Autónoma incluyen consejo sobre automedicación, prevención de accidentes y uso racional de recursos, cada 5 años.

### Atención a la hipertensión arterial (10 CCAA)

#### Criterio de inclusión

- Todas las CCAA manejan el mismo criterio diagnóstico general (TA  $\geq$  140/90, media de 3 tomas), pero hay 3 CCAA que añaden el de PA  $\geq$  180/110 en 1 toma. 2 también definen HTA si PA  $\geq$  130/85 en diabéticos, lesiones de órganos diana o 3 FRCV. Y 1 Comunidad Autónoma fija criterios diagnósticos con AMPA y MAPA.

#### Valoración inicial

- Coinciden en que han de valorarse AF de ECV precoz y AP relacionados con los FRCV.
- Se recomienda clasificar la HTA por niveles de PA y repercusión visceral (6 CCAA), y 2 CCAA valorar causas secundarias.
- De forma aislada se aconseja anamnesis sobre ejercicio, fármacos, hábitos o situación sociofamiliar. Una Comunidad Autónoma recomienda una valoración funcional general.

#### Seguimiento

- Se recomienda el cálculo del RCV cada 1-4 años y valorar la repercusión visceral cada 3 meses-4 años. (3 CCAA).
- Auscultación cardíaca o CP, edemas y pulsos periféricos se recomienda hacer cada 1-3 años; peso de 3 meses a 3 años y PA cada 3-6 meses. Algunas CCAA incluyen también en las revisiones periódicas: búsqueda de masas-soplos abdominales, perímetro de cintura, auscultación carotídea, frecuencia cardíaca y exploración tiroidea.
- Se recomienda una analítica básica (distintos perfiles) cada 1-5 años, y un ECG cada 2-5 años. MAU o FO sólo lo recomiendan CCAA aisladas.

#### Intervenciones

- Es común recomendar la revisión del plan de tratamiento y de cuidados, la adherencia y el consejo sobre estilos de vida cada 3m-1a.

- 4 CCAA definen un objetivo de tratamiento (140/90 y en diabéticos 130/80) o recomiendan que se fije y 2 recomiendan tratamiento de elección (tiazidas). Una recomienda la promoción de la AMPA.

## Atención a la Diabetes Mellitus (11 CCAA)

### Criterio de inclusión

- Excepto 3 CCAA que no fijan criterios diagnósticos, todas utilizan los mismos: glucemia al azar  $\geq 200$  mg/dl con síntomas, glucemia basal  $\geq 126$  mg/dl o glucemia tras sobrecarga oral  $\geq 200$ , (ambas confirmadas).

### Valoración inicial

- 7 CCAA recomiendan valorar distintos antecedentes familiares y 6 diversos antecedentes personales.
- 7 CCAA incluyen la valoración de los antecedentes relativos a la enfermedad.
- Distintas comunidades incluyen, por separado, una valoración de la situación familiar, o una valoración clínica o funcional global.

### Seguimiento-anamnesis

- La valoración de síntomas de hipoglucemia y de complicaciones micro y macrovasculares, con periodicidad variable en función del tratamiento, se incluye en 8 y 6 CCAA respectivamente. 2 CCAA incluyen la estimación anual del RCV.
- La exploración física incluye: PA, examen de los pies, sensibilidad y pulsos periféricos (10 CCAA), peso-IMC (8 CCAA), auscultación cardíaca (6 CCAA), índice brazo-tobillo, auscultación carotídea y exploración abdominal (2 CCAA) y perímetro abdominal (1 Comunidad Autónoma). La periodicidad suele ser anual aunque algunas exploraciones (peso, por ejemplo) o algunas CCAA marcan periodos de revisión inferiores.
- Todas las CCAA incluyen la medida de la HbA1c (y también en general glucemia) cada 2 meses-1 año, fondo de ojo cada 2 años (7 CCAA), anual (3 CCAA) o cada 3 años (1 Comunidad Autónoma) y función renal anual (creatinina, índice albúmina creatinina y/o MDRD). Medir lípidos con carácter anual se recomienda en 9 CCAA. El EKG ha de hacerse cada 2 años (2 CCAA), cada 5 años (1 Comunidad Autónoma) o en 1 ocasión (4 CCAA). En 7 CCAA se recomienda realizar MAU con carácter anual y 4, realizar un sistemático de orina.

### Intervenciones

- 9 CCAA recomiendan consejo anual (sobre tabaco, alcohol, dieta, ejercicio), y elaborar un plan de tratamiento e investigar la adherencia al mismo cada 2-6 meses. 3 CCAA especifican la elaboración de plan de

- educación diabetológica o el ofrecer consejo sobre autocontrol, con carácter anual, generalmente.
- Los objetivos del tratamiento aparecen en varias CCAA. En 5 se fijan objetivos de Hba1c (7% -2CC, 7,5% -1, 8% 2). En 3 CCAA se fija 130/80 como objetivo de PA y colesterol total  $\leq 200$  o c-LDL  $\leq 100$ . 1 Comunidad Autónoma fija objetivo de MAU  $< 30$  y otra no fumar.
  - Varias CCAA recomiendan tratamientos específicos. 3 CCAA indican metformina como tratamiento de elección en DM2 con sobrepeso. 2 CCAA recomiendan AAS en determinados casos y otras 2 IECA o ARA 2 en determinadas situaciones.
  - Alguna Comunidad Autónoma comunidad incluye otras intervenciones como la atención podológica específica, la vacunación antigripal o el contacto único para la recogida de material, por ejemplo.

### Atención a la Hipercolesterolemia / Dislipemia (10 CCAA)

#### Criterio de inclusión

- Excepto 1 Comunidad Autónoma que no fija criterios diagnósticos, todas consideran hipercolesterolemia a un colesterol total  $\geq 250$  mg/dl, y 7 bajan el dintel a 200 mg/dl en caso de enfermedad cardiovascular, diabetes o acumulación de factores de riesgo.

#### Valoración inicial

- Antecedentes familiares de ECV precoz y personales sobre FRCV se incluyen en 7 CCAA. Alguna especifica una exploración más completa.

#### Seguimiento

- La estimación del RCV se recomienda anualmente en 4.
- La medida anual de presión arterial, peso y/o IMC se recomienda en 5 CCAA (3 únicamente en la valoración inicial). 1 incluye la medida anual del perímetro de cintura.
- Todas recomiendan lípidos con carácter anual y 3 añaden glucemia.

#### Intervenciones

- Se recomienda consejo sobre dieta, ejercicio, tabaco y alcohol, y explorar la adherencia al tratamiento en 8 CCAA.
- Varias CCAA fijan criterios o requisitos para el tratamiento farmacológico. 6 recomiendan que se prescriba tratamiento higiénico dietético al menos 3-6 meses antes de iniciar fármacos. 2 CCAA requieren cálculo previo del RCV o anamnesis sobre antecedentes personales de ECV antes de prescribir hipolipemiantes. 2 CCAA fijan criterios de inicio (distintos) en función de c-LDL y la estimación del RCV, y 1 recomienda estatinas en prevención secundaria. Dos CCAA

fijan objetivos de tratamiento, una en prevención secundaria (CT < 200) y otra en prevención primaria (LDL < 100).

### **Atención a la Obesidad / Consejo dietético (9 CCAA)**

#### **Criterio de inclusión**

- El criterio de obesidad es IMC > 30 en 8 CCAA, y una lo amplía a personas con IMC entre 25 y 30 con FRCV y perímetro de cintura alterado.

#### **Valoración inicial**

- Se incluyen antecedentes personales de FRCV en 6 CCAA y 4 añaden anamnesis sobre conducta alimentaria y ejercicio físico. 2 especifican recoger antecedentes familiares y de forma aislada se incluyen también clasificación, valoración funcional, tratamientos previos o medida del perímetro de cintura, por ejemplo.

#### **Seguimiento**

- Se recomienda medir peso y/o IMC cada año (3 CCAA), cada 3 ó 4 meses (5 CCAA) o cada 6 meses (1 Comunidad Autónoma). 1 añade la toma anual de PA y otra el perímetro de cintura trimestral.
- Se recomienda glucemia, lípidos y ácido úrico con carácter anual (4 CCAA), bienal (1 Comunidad Autónoma) o inicial (2 CCAA).

#### **Intervenciones**

- Consejo higiénico dietético y adherencia se recomienda cada 3 ó 4 meses (5 CCAA) o anual (2 CCAA). Algunas CCAA especifican el tipo de consejo o plan de cuidados.
- 1 Comunidad Autónoma fija tener un peso menor al inicial como objetivo de tratamiento.

### **Atención a la EPOC (10 CCAA)**

#### **Criterio de inclusión**

- El criterio diagnóstico más utilizado (7 CCAA) es FEV1/FVC < 70%. 2 CCAA añaden que sea fumador y/o presente clínica y/o el FEV1 sea inferior al 80%. 2 CCAA también consideran este último criterio como criterio suficiente.

#### **Valoración inicial**

- Ha de considerarse el hábito tabáquico cuantificado (7 CCAA), los riesgos laborales (5 CCAA), las enfermedades respiratoria previas (3 CCAA) y una clasificación de la gravedad en función de FEV1 (3 CCAA)
- Radiografía de tórax (6 CCAA), electrocardiograma (5 CCAA) y alfa 1 antitripsina si se sospecha déficit (1 Comunidad Autónoma).

### Seguimiento

- Se recomienda anamnesis semestral sobre síntomas respiratorios (5 CCAA) y exposición a tóxicos (2 CCAA). Una valoración anual o bienal de la gravedad con escala GOLG lo recomiendan 2 CCAA.
- Anualmente ha de realizarse auscultación cardiopulmonar, exploración de piel y mucosas (6 CCAA) y edemas en miembros inferiores (5 CCAA).
- Todas las CCAA recomiendan espirometría bienal (7 CCAA) o anual (3 CCAA) y la mayoría hemoglobina y hematocrito bienal (7 CCAA). 1 Comunidad Autónoma recomienda gasometría o pulsioximetría en personas con oxígeno domiciliario.

### Intervenciones

- Con carácter anual o semestral se recomienda consejo sobre tabaco (8 CCAA), plan terapéutico y/o de cuidados con revisión de la técnica de inhalación (6 CCAA) y valoración de la adherencia (5 CCAA).
- La vacunación antigripal es recomendada en 5 CCAA y en 1 la antineumocócica.
- 1 Comunidad Autónoma recomienda criterios de tratamiento en función de la clasificación funcional, otra hace explícita la indicación de corticoides y broncodilatadores de acción prolongada inhalados en EPOC severa, y otra establece como criterio de buen control el no fumar.

### Atención al ASMA (6 CCAA)

#### Criterio de inclusión

- 3 CCAA señalan criterios diagnósticos, basados en la presencia de síntomas y alteraciones espirométricas (patrón obstructivo y/o variabilidad diaria del FEM > 20% y/o hiperreactividad bronquial y/o reversibilidad tras prueba broncodilatadora).

#### Valoración inicial

- Síntomas, antecedentes familiares, exposición a alérgenos y tabaco y presencia de dermatitis atópica; y radiografía de tórax y senos y hemograma, se recomiendan en 2 CCAA.

### Seguimiento

- Se recomienda auscultación cardiopulmonar y exploración de mucosas anual (2 CCAA), y 3 CCAA recomiendan una valoración de la gravedad del asma con escala GINA (semestral, anual o bienalmente) y espirometría o variabilidad FEM anual o bienal.

### Intervenciones

- Anual, semestral o trimestralmente se recomienda la revisión del plan terapéutico y la valoración de la adherencia, el consejo antitabaco y sobre los cuidados de la enfermedad (3 CCAA). La revisión de la técnica de inhalación anualmente se recomienda en 5 CCAA.
- 2 CCAA recomiendan pautas de tratamiento según GINA o GEMA.

### Atención al consumo de tabaco / Deshabituación tabáquica (7 CCAA)

#### Criterio de inclusión

- Las 7 CCAA utilizan, con mayor o menor precisión, el criterio de fumar al menos 1 cigarrillo. Una además incluye en el servicio a los exfumadores hasta los 5 años de abandono y la exposición ambiental.

#### Valoración inicial

- Se recomienda recoger las características del hábito, realizar un test de dependencia (Fagerström) y clasificar en función de la fase de abandono (4 CCAA). Algunas CCAA incluye tests de motivación y escalas de valoración de cambios.

#### Seguimiento

- 2 CCAA recomiendan cuantificación anual o bienal del consumo y 1 el cálculo anual del RCV.

#### Intervenciones

- 1 Comunidad Autónoma recomienda oferta de intervención en función de la fase de abandono, y otras se centran en aspectos concretos como el abordaje de los abandonos o en el contenido de la valoración 11 días antes de la fecha prevista para dejarlo. 1 Comunidad Autónoma también fija que el tratamiento farmacológico deberá ser inferior a 12 semanas.

### Atención al consumo de alcohol / al bebedor crónico (8 CCAA)

#### Criterio de inclusión

- Todas las CCAA utilizan el mismo criterio para el consumo excesivo de alcohol: > 40 gr./día en varones o > 24 gr./día en mujeres (280 y 168/ semana). 4 CCAA añaden el consumo agudo (1 ó 3 veces al mes) superior a 40, 50, 60 u 80 gr., según Comunidad Autónoma.

#### Valoración inicial

- 7 CCAA recomiendan la valoración de la dependencia mediante cuestionario (AUDIT u otros), 2 su clasificación en función del resultado y otras 2 indican determinadas exploraciones físicas o complementarias en función del resultado del AUDIT. 1 añade la valoración de la situación sociofamiliar.

### Seguimiento

- Se aconseja cuantificar anualmente el consumo (4 CCAA) y 1 Comunidad Autónoma añade la GGT y VSG si existe dependencia.

### Intervenciones

- Se recomienda una estrategia para suspender o reducir el consumo (7 CCAA). Algunas CCAA especifican intervenciones como la breve, la simple oferta o la derivación. 1 fija como objetivo la reducción del consumo debajo del límite “normal”.

## Actividades preventivas en mayores de 75 años / 65 años (9 CCAA)

### Criterio de inclusión

- 2 CCAA utilizan el criterio de edad y 5 el que se haya realizado algún tipo de anamnesis.

### Seguimiento

- Se recomienda una valoración bienal sobre aspectos clínicos y funcionales y una valoración del riesgo (7 CCAA). Algunas comunidades aconsejan valoraciones funcionales globales o integrales (2 CCAA).
- Se recomienda la exploración bienal bucodental y del canal auditivo (5 CCAA), y de la PA (2 CCAA), peso, higiene, piel y nutrición (1 Comunidad Autónoma).

### Intervenciones

- Se recomienda consejo bienal sobre estilos de vida, medicación, higiene y accidentes (6 CCAA). Algunas CCAA insisten, también con carácter bienal, en la prevención de caídas y otras en la detección e intervención en personas polimedizadas, información sobre recursos o diseño de un plan de cuidados.

## Atención al anciano de riesgo / frágil (7 CCAA)

### Criterio de inclusión

- 4 CCAA fijan criterios de inclusión cuando existe alguna característica de riesgo.

### Seguimiento

- Se recomienda valoración clínica, funcional, emocional, cognitiva, del riesgo social y sociofamiliar. En general con carácter bienal, aunque a veces anual. Los cuestionarios recomendados no coinciden siempre. Barthel, Katz y/o Lawton-brody para función; Yesavage, Goldberg o síntomas para la esfera afectiva; Minimental, Isaacs o Pfeiffer para la cognitiva, Gijón para la sociofamiliar.

### **Intervenciones**

- Todas las CCAA recomiendan un plan de cuidados para cada problema identificado y 1 un plan integrado con atención especializada y servicios sociales.

### **Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados / dependientes (10 CCAA)**

#### **Criterio de inclusión**

- El criterio de inclusión es la dificultad para desplazarse o estar encamados (6 CCAA). 1 Comunidad Autónoma añade un test de Barthel inferior a 60.

#### **Valoración inicial**

- Ha de identificarse al cuidador, registrarse el motivo de inclusión y realizar valoración clínica, funcional, (5 CCAA) y sociofamiliar (7 CCAA). 4 CCAA fijan un criterio temporal para la valoración inicial completa: antes de 1 ó 3 meses. 2 CCAA aconsejan valorar el riesgo de ulceración mediante escala de Norton.

#### **Seguimiento**

- Las esferas valoradas inicialmente se revisarán anualmente, o según programación, situación individualizada o resultado de Barthel /Norton).

### **Intervenciones**

- Se recomienda un plan de cuidados y terapéutico por cada problema identificado y en cada visita realizada (9 CCAA).

### **Atención en cuidados paliativos / fases terminales (11 CCAA)**

#### **Criterio de inclusión**

- Personas con enfermedad en fase avanzada (8 CCAA).

#### **Valoración inicial**

- Se recomienda especificar el motivo de inclusión (8 CCAA), identificar al cuidador principal (9 CCAA), realizar una valoración del estado general (7 CCAA), funcional (4 CCAA), sociofamiliar (9 CCAA), y explorar el grado de información que tienen paciente y familiar (8 CCAA). Una Comunidad Autónoma habla de valoración integral. Alguna Comunidad Autónoma especifica algunas cuestiones concretas.

#### **Seguimiento**

- Se recomiendan visitas quincenales o en función de necesidad, y valorar distintos síntomas y signos (8 CCAA).

### **Intervenciones**

- En cada visita se recomienda establecer un plan de cuidados para cada problema identificado (11 CCAA), en ocasiones por escrito (2 CCAA).

## Educación para la salud a grupos / diabéticos / cuidadores (7 CCAA)

### Requisitos / Intervenciones

- Los tres requisitos para llevar a cabo la actividad son: existencia de un protocolo con determinadas características, un sistema de registro y algún tipo de evaluación (6 CCAA). 3 CCAA incluyen el que se hayan realizado un mínimo de las actividades programadas.

## Educación para la salud en centros educativos (7 CCAA)

### Requisitos / Intervenciones

- El requisito para la prestación del servicio es que exista un proyecto coordinado con el centro educativo con ciertos contenidos (5 CCAA). 3 CCAA señalan explícitamente que ha de existir un equipo multidisciplinar, o un acuerdo con el centro educativo (1 Comunidad Autónoma). 3 CCAA también señalan la necesidad de existencia de una memoria de evaluación, o una ficha por actividad realizada (1 Comunidad Autónoma). 2 CCAA establecen programas específicos tipo “Salud escolar” o que estén englobados en el marco del Plan de Educación.

## Cirugía menor (9 CCAA)

### Criterio de inclusión / Requisitos

- 4 CCAA indican que el procedimiento ha de ser de baja complejidad y 2 CCAA que ha de existir un protocolo.

### Valoración inicial

- Se incluye el diagnóstico del problema y anamnesis sobre alergias, alteraciones de la coagulación y antecedentes de queloides (7 CCAA).

### Intervenciones

- Ha detenerse constancia de: consentimiento informado, procedimiento aplicado y plan de cuidados posquirúrgicos (7 CCAA), así como de la anatomía patológica de la pieza extirpada (8 CCAA).

## Fisioterapia (9 CCAA)

### Criterios de inclusión

- En general se incluyen procedimientos protocolizados. Algunas CCAA desarrollan criterios de calidad dirigidos a varios procesos específicos, tales como algias vertebrales, complejo articular del hombro o procesos respiratorios crónicos.

### Valoración inicial

- Se han de recoger: diagnóstico del problema (5 CCAA) y los antecedentes y repercusión del mismo (6 CCAA). También se indica el

tipo de exploración física que ha de realizarse en función de las localizaciones (5 CCAA).

### **Intervenciones**

- Se han de fijar objetivos terapéuticos y las intervenciones previstas (6 CCAA). En 1 Comunidad Autónoma se recogen las intervenciones concretas a realizar en función del problema.

### **Resultados**

- Se han de recoger: técnicas aplicadas (6 CCAA), objetivos alcanzados (7 CCAA), y fecha y motivo de alta (6 CCAA).



CCAA analizadas AN AR CN CL EX GL MDMR NV PV IN

Atención a mujeres víctimas de Violencia de género	AN	AR		CN	CL			EX	G										
Detección de riesgo de Maltrato familiar								EX		MD									
Vacunación Rubeola		AR		CN	CL			EX		MD									IN

## Atención a la Edad Adulta (> 14 años)

Vacunación Triple vírica						CL							MR						
Vacunación Hepatitis B a grupos de riesgo	AN	AR		CN	CL			EX		MD									IN
Vacunación Tétanos / Difteria-Tétanos	AN	AR		CN				EX		MDMR			PV						
Vacunación Neumococo	AN			CN	CL			EX		MDMR									
Vacunación Antigripal	AN	AR		CN	CL			EX		MDMR			PV						IN
Actividades preventivas / Detección de problemas prevalentes / Promoción estilos de vida saludables	AN	AR		CN	CL			EX		MDMR	NV	PV							IN
Atención a la Hipertensión arterial	AN	AR		CN	CL			EX	G	MDMR	NV	PV							IN
Atención a la Diabetes Mellitus	AN	AR		CN	CL			EX	G	MDMR	NV	PV							IN
Atención a la Hipercolesterolemia / Dislipemia	AN	AR		CN	CL			EX		MDMR	NV	PV							IN
Atención a la Obesidad / Consejo dietético	AN	AR		CN	CL			EX		MDMR		PV							IN
Atención a la EPOC	AN	AR		CN	CL			EX		MDMR	NV	PV							IN
Atención al Asma	AN	AR								MDMR	NV	PV							
Atención a la Cardiopatía isquémica		AR								MD		NV							
Atención a la Insuficiencia cardiaca	AN	AR								MD		NV							
Atención a pacientes con Anticoagulación oral	AN	AR								MD		NV							
Atención a la Depresión	AN							EX	G				PV						
Atención a la Ansiedad	AN							EX	G				PV						
Atención a la Demencia	AN				CL					MD			PV						
Atención al consumo de Tabaco / Deshabituación tabáquica / Tabaquismo	AN	AR		CN	CL			EX		MDMR	NV	PV							
Atención al consumo de Alcohol / Atención al Bebedor crónico		AR		CN	CL			EX		MDMR	NV								IN
Actividades preventivas en mayores de 75 años / Examen de salud a mayores de 65 años	AN	AR		CN	CL			EX		MDMR	NV	PV							IN
Atención al Anciano de Riesgo / Frágil / Anciano		AR		CN	CL			EX		MDMR									IN
Atención domiciliaria a pacientes Inmovilizados / crónicos Dependientes	AN	AR		CN	CL			EX	G	MDMR		PV							IN
Atención en Cuidados paliativos / en Fases finales de la vida / en situación Terminal	AN	AR		CN	CL			EX	G	MDMR		PV							IN

	AN	AR		CN	CL		EX	GL	MD	MR	NV	PV	IN
Atención al Cuidador Familiar	AN				CL		EX		MD	no			
Educación para la salud a Grupos / a Diabéticos / a Cuidadores		AR		CN	CL		EX		MD	MR			IN
Educación para la salud en Centros educativos / en la Escuela	AN			CN	CL		EX		MD	MR			IN
Educación para la salud en Adolescencia / Sexualidad / Diabetes / Obesidad / Zoonosis							EX						

CCAA analizadas AN AR CN CL EX GL MDMR NV PV IN

## Atención General

	AN	AR		CN	CL		EX	G	MD	MR			IN
Cirugía menor	AN	AR		CN	CL		EX	G		MD	MR		IN
Fisioterapia / Técnicas fisioterápicas en procedimientos protocolizados	AN	AR		CN	CL		EX	G		MD	MR		IN
Atención bucodental en el Adulto	AN	AR											

## Abreviaturas y claves para la lectura

En la **primera fila** se recoge el **título de cada Servicio** y se marca, en las casillas correspondientes, las **CCAA de las que se dispone información**.

En la fila correspondiente a **cada Criterio o Norma de calidad**, se señala, en su casilla correspondiente, las **CCAA que la incluyen**

En el caso de que se fije algún tipo de **periodicidad** en un Criterio o Norma de Calidad, se señala con la abreviatura xv, xa o xm. Por ejemplo: **4v significa 4 veces, 3m cada 3 meses y 2a cada 2 años**

**Algunas variantes** de un mismo Criterio o Norma de calidad se señalan **entre paréntesis**, precedidas de la abreviatura de la CCAA a que pertenece.

Cuando algún **aspecto o subcriterio** de un Criterio o Norma de calidad **no es recogido por todas** las CCAA reseñadas, se señala mediante **paréntesis**.

AN	Andalucía
AR	Aragón
AS	Asturias (Principado de)
BL	Illes Balears
CA	Canarias
CN	Cantabria
CL	Castilla y León
CM	Castilla-La Mancha
CT	Cataluña
CV	Comunidad Valenciana
EX	Extremadura
GL	Galicia
MD	Madrid (Comunidad de)
MR	Murcia (Región de)
NV	Navarra (Comunidad Foral de)
PV	País Vasco
LR	La Rioja
IN	INGESA

# Atención a la Infancia y Adolescencia

## Vacunaciones infantiles de 0-14 años / sistemáticas en la infancia

### Criterio de inclusión

	AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR	PV	IN
Niños vacunados correctamente para su edad		AR			CL		EX			PV	IN
Niño con al menos una vacuna del calendario								MD			
Niños de 0 a 14 años	AN								MR		
Niños con constancia de su estado vacunal				CN							

### Intervención

Recibir las dosis de vacunas correspondientes según calendario vacunal	AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR	PV	IN
Previo a cada vacuna: anamnesis prevacunacional específica y contraindicaciones									MR		

## Revisión del niño sano de 0-23 meses

### Criterio de inclusión

Niños de 0-23 meses (PV de 0 a 3 años)				CN	CL				MR	NV	PV	IN
--	--	--	--	----	----	--	--	--	----	----	----	----

### Seguimiento

#### Anamnesis

Antecedentes perinatales: APGAR, Tipo de parto, Peso, Longitud, Perímetro, (edad gestacional al nacer, realización de cribado)				CN	CL					MR		IN
--	--	--	--	----	----	--	--	--	--	----	--	----

#### Exploración física

<b>Mes 1</b>												
Peso, Talla y Perímetro cefálico con sus percentiles				1v	1v					1v	PV	1v
Desarrollo psicomotor (test de Denver o similar; PV: test HAIEZA-LLEVANT u otro)				1v	1v					1v	2v	1v
ACP, Pulsos periféricos, Caderas, Genitales, Ojos, (Abdomen, PV Oído)				1v	1v					1v	1v	1v
Registro de tipo de lactancia (entre los 7 y 15 días del lactante)											PV	
<b>Año 1 (2-12 meses)</b>												
Peso, Talla y Perímetro cefálico con sus percentiles				3v	1v					3v	PV	3v
Desarrollo psicomotor (test de Denver o similar; PV test HAIEZA-LLEVANT u otro)				3v	1v					3v	4v	3v
ACP, Pulsos periféricos, Caderas, Genitales, Ojos, (Abdomen, PV: Oído, MR: Oído y lenguaje)				1v	1v					1v	2v	1v
Riesgo psicosocial (NV de 0 a 2 años)										1v	1a	
Registro de tipo de lactancia (a los 6 meses)											PV	
<b>Año 2 (13-23 m)</b>												
Peso, Talla, Perímetro cefálico				2v	2v						3v	2v
Desarrollo psicomotor (test de Denver o similar; PV test HAIEZA-LLEVANT u otro)				2v	2v						3v	2v
ACP, (Actitud postural y deambulación, PV: genital y auditiva)				2v	2v						3v	2v
Ojos (test de Hirschberg)				2v	2v					1v		
Oído y lenguaje										1v		

Intervenciones														
Cribado de enfermedades congénitas						CN	CL							
Cribado de maltrato							1a							
Cribado neonatal de sordera con otoemisiones acústicas												1v		
Consejo sobre lactancia materna												2v	1a	
Consejo sobre caries						2v	CL							2v
Consejo sobre alimentación (introducción de leche y gluten, alimentación equilibrada)						CN	CL					3v	1a	IN
Consejo sobre accidentes (PV según Programa ZAINBIDE)						CN	CL					3v	1a	PV
Consejo sobre tabaquismo pasivo							CL					2v		
Consejo sobre muerte súbita (en 1ª revisión y antes de los 6 m.)							CL					2v		
Consejo sobre protección solar												3v		



Revisión del niño sano de 6 a 14 años	CN	CL	MR	NV	PV	IN
<b>Criterio de inclusión</b>						
Niños de 6-14 años (PV 10-14 años)	CN	CL				IN
<b>Seguimiento</b>						
<b>Exploración física</b>						
<b>6 y 11 años (MR 6-14 a, PV 10-14 a)</b>						
Peso, Talla e IMC con sus percentiles	CN	CL			2v	PV IN
Agudeza visual con optotipos (CN-EX-IN sólo a los 6a)	CN	CL			2v	PV IN
Agudeza auditiva (exploración subjetiva)						PV
Lenguaje, Hiperactividad, Desamparo, Fracaso escolar (MU Riesgo psicosocial)		CL			1v	
Exploración bucodental: odontograma y maloclusión	CN					PV IN
<b>14 años</b>						
Peso, Talla e IMC con sus percentiles	CN	CL				IN
Agudeza visual con optotipos	CN	CL				IN
Lenguaje, Hiperactividad, Desamparo		CL				
Exploración bucodental: odontograma y maloclusión	CN					IN
<b>Entre 11 y 14 años</b>						
AC, Desarrollo puberal		CL				
Raguis		CL				PV
TA (CN-EX-IN entre 6 y 14, MR > 10 a)	1v	CL			1v	1v 1v
<b>Intervenciones</b>						
<b>6 y 11 años (MU 6-14 a, PV 10-14 a)</b>						
Consejo sobre Higiene dental	CN	CL			2v 1a	PV IN
Consejo sobre Higiene corporal	CN	CL				IN
Consejo sobre Alimentación	CN	CL			2v 1a	PV IN
Consejo sobre Accidentes	CN	CL			2v	IN
Consejo sobre Tabaquismo pasivo		CL				
Consejo sobre Ejercicio físico		CL			2v	
Consejo sobre Protección solar					2v	
Consejo sobre profilaxis de caries con flúor	CN					IN
<b>14 años (NV 9-14a, MR 11-14 a)</b>						
Consejo sobre Higiene dental	CN	CL			1a	IN
Consejo sobre Higiene corporal	CN	CL				IN
Consejo sobre Alimentación	CN	CL			1a	IN
Consejo sobre Accidentes	CN	CL				IN
Consejo sobre Ejercicio físico		CL				
Consejo sobre Tabaquismo pasivo						
Consejo sobre Alcohol, Tabaco, (otras drogas, Prevención de embarazo, ETS)		CL			1v 1a	
Consejo sobre profilaxis de caries con flúor	CN					IN

**Promoción de hábitos saludables en la infancia**

AN AR EX MD

**Criterio de inclusión**

Niños de 0-14 años	AR	EX	MD
Controles: 0 m, 12m; 2, 4, 6, 11, 14 a	AR	EX	MD
Controles: 1m, 2 m; 4m, 6m, 10-12m, 15m, 18m; 2, 3, 4, 6, 10-11, 13-14 a	EX		

**Intervenciones**

Consejo sobre Lactancia materna antes de los 6 meses (AR 12m)	AN AR	EX	1v
Anamnesis y Consejo sobre Lactancia materna en todos los controles hasta los 6 meses		EX	
Consejo sobre introducción de Alimentación (MD antes 6 m y 6-12 m)	AN	EX	2v
Consejo sobre alimentación cardiosaludable > 2 a.	AN	EX	
Consejo sobre prevención de Tabaquismo (pasivo en < 12 a.)	AN AR	EX	3a
Consejo (y anamnesis) sobre consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas	1a 2v	EX	
Consejo sobre prevención de Muerte súbita en < 6 m.(Ar < 12m)	AN AR	EX	1v
Consejo sobre seguridad en Automóvil	AN	EX	3a
Consejo sobre prevención de otros Accidentes	AN 7v	EX	3a
Consejo sobre Ejercicio físico (6-7 a 14 a.)	AN	EX	3a
Consejo sobre prevención de Exposición solar excesiva	AN	EX	3a
Consejo sobre Higiene dental	7v	EX	
Consejo a padres sobre educación sexual en la infancia	AN	EX	
Prevención del maltrato en la infancia	AN		
Prevención de embarazo no deseado, consumo tóxicos, conducta alimentaria		EX	

**Seguimiento del desarrollo en la infancia** AN AR EX MD

**Criterio de inclusión**

Niños de 0 a 14 años	AR	EX	MD
AR Controles en < 23 m, 1 en 1m, 3 en 2-11 m, 2 en 13-23 m	AR		
EX Controles: 1m, 2 m; 4m, 6m, 10-12m, 15m, 18m; 2, 3, 4, 6, 10-11, 13-14 a		EX	

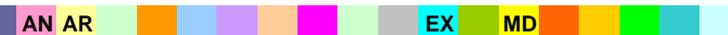
**Exploración física**

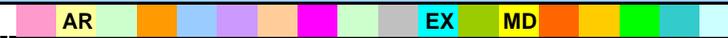
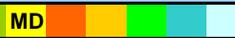
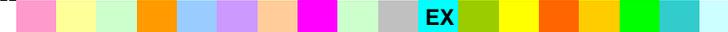
Peso, talla y Percentiles (< 15 a)	AN		
Primeros 3 m.			2v
3-11 m.			1v
12-23 m.			2v
0-23 m	6v		EX
2-5 a.(EX e IMC)	4a		EX 2v
6-14 a.(EX e IMC)	4a		EX 3v
2-14 a (EX e IMC)	5v		EX
Perímetro cefálico (< 13 m)	AN		
Primeros 3 m.			2v
3-11 m.			1v
0-23 m	6v		EX
Desarrollo psicomotor (< 6 a.)			
Primeros 3 m.(AR 6m)	3v		2v
3-11 m.			1v
12-23 m.(AR 7-23 m)	4v		2v
2-5 a.	2v		2v
Test de Denver o Haizea-Llevant hasta los 6a.; Prueba del CHAST entre los 18 y 24 m.			EX
Exploración física completa y Test de Denver	AN		
Comportamiento y aprendizaje (6-14 a.)	AN		4v 3a
Estadio de desarrollo puberal de Tanner (> 10 a.)	1v		EX

**Intervenciones**

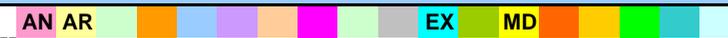
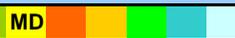
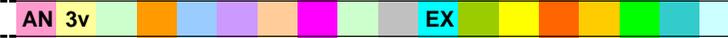
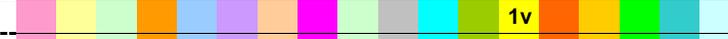
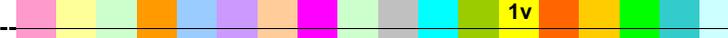
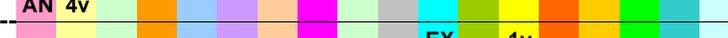
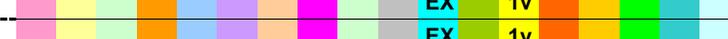
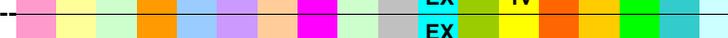
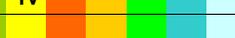
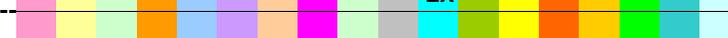
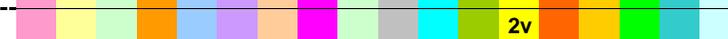
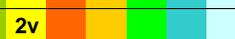
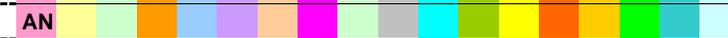
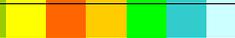
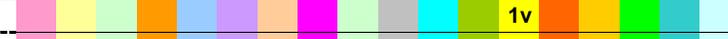
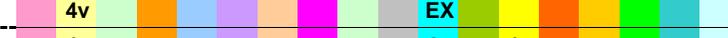
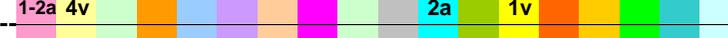
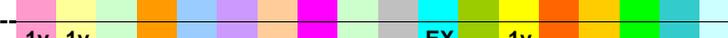
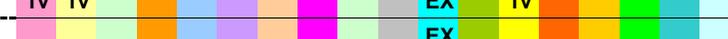
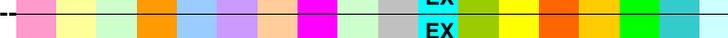
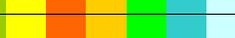
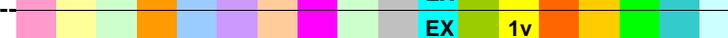
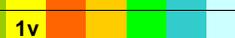
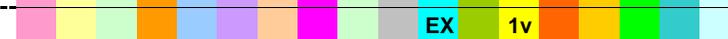
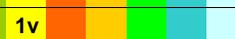
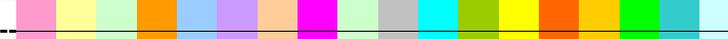
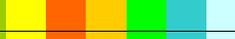
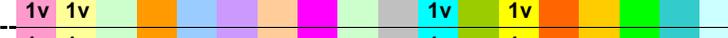
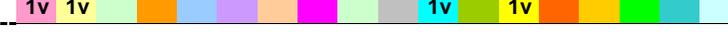
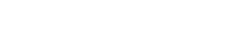
Plan de cuidados sobre los problemas detectados			MD
Prevención de maloclusión (chupete y succión)	AN		
Información a padres sobre desarrollo psicomotor	AN		
Derivación a Especializada si alteración del desarrollo psicomotor	AN		
Consejo a padres sobre hábitos de estudio, sueño, estimulación	AN		
Plan Tratamiento si se detecta alteración pondoestatural y/o del desarrollo puberal	AN		

**Detección precoz de problemas en la infancia**

 AN AR  EX MD 
**Critero de inclusión**

Niños de 0 a 14 años	AR		EX	MD	
EX Controles: 1m, 2 m; 4m, 6m, 10-12m, 15m, 18m; 2, 3, 4, 6, 10-11, 13-14 a			EX		

**Intervenciones**

Cribado de enfermedades Endocrino-metabólicas (antes de 8º día, AR 15º día)	AN AR		EX	MD	
Cribado de Criptorquidia (AR 1º año; EX 0, 6 y 12 m)	AN 3v		EX		
Primeros 2 m.				1v	
6-11 m.				1v	
Derivación a cirugía si criptorquidia antes del año de edad (antes si bilateral o hipospadias)			EX		
Cribado de Displasia evolutiva de cadera (AR 1º año)	AN 4v				
Primer mes			EX	1v	
1-6 m. (EX hasta la deambulación)			EX	1v	
Ecografía si FR entre la 4ª y 8ª sem; Estudio de imagen si sospecha clínica			EX		
Cribado de Cardiopatía congénita					
Primeros 3 meses				2v	
Cribado de Alteraciones visuales	AN				
Primeros 3 meses	1v			1v	
6 y 12 meses				1v	
0-4 años	4v		EX		
Desde los 4 años (EX 3a; MD 4, 6, 11 y 14 años)	1-2a 4v		2a	1v	
Cribado de Hipoacusia					
Neonatal (AR antes 6 m)	1v 1v		EX	1v	
Anamnesis AF y AP con Tabla de CODEPEH			EX		
Si otoemisiones ausentes, diagnóstico antes de los 3 m e inicio de tto antes de los 6m			EX		
Primeros 3 m			EX	1v	
3-11 m.			EX	1v	
12-23 m (AR 0-23 m)	2v		EX	2v	
2-5 a.	2v		EX	2v	
Cribado de Hipertensión arterial					
Entre los 3 y 6 años (MD Antes de los 6 a).	1v 1v		1v	1v	
A partir de los 11 a (EX 10 a; MD entre 7 y 14 a)	1v 1v		1v	1v	

Cribado de hipercolesterolemia a población de riesgo > 2a.	AN									EX							
Cribado de ferropenia	AN																
Cribado de trastornos ortopédicos (3-6 años)	AN																
Cribado de trastornos del espectro autista																	
CHAT adaptado a los 18 meses	AN																
Anamnesis a padres y CHAT si precisa	AN																
Detección de situaciones de alto riesgo psicosocial																	
0-23 m	1v																
2-5 a	1v																
6-14 a	1v																
Registro de AF de Cardiopatía isquémica precoz (AR a los 4, 11 y 14 a)	AR									EX							

Atención bucodental en la infancia / Prevención de caries infantil		AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR		IN
<b>Criterio de inclusión</b>												
Niños de 6-14 años (MR 3-5 a de alto riesgo)					CN	CL		EX	MD	MR		IN
<b>Revisión</b>												
<b>Revisión bucodental</b>		1a	1a									
Odontograma						CL			MD			
Índice de caries y/o CAOD (MR COD y/o CAOD)					2a	CL		2a	MD	1a		2a
Maloclusión						CL			MD			
Valoración de hábitos inadecuados									MD			
Valoración de necesidad de tratamiento									MD			
<b>Intervenciones</b>												
Instrucción sobre medidas higiénico-dietéticas: cepillado, cariogenidad, dentición, prevención traumatismos		AN	AR			CL				1a	MR	
Consejo sobre profilaxis de caries con flúor					2a			2v				2v
Aplicación de fúor tópico profesional / de alta concentración si (CN, EX, IN semestral con revisión de indicación/2a)												
COD ≥ 1						CL						
COD ≥ 3 (MD + Caries no tratada)					CN			EX	MD			IN
CAOD ≥ 1					CN	CL		EX				IN
CAOD ≥ 1 + Caries no tratada									MD			
COD / CAOD según edad										6m		
Grupos de riesgo		AN										
Sellado de fisuras en molares permanentes (CN y registro de indicación o no; CN, EX, IN, revisión a los 12 m)		AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR		IN
Obturación si caries en el molar de los 6 años / primer molar definitivo / molares permanentes / caries limitada		AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR		IN
Tartrectomía si sarro supragingival en incisivos inferiores		AN	AR							MR		

**Atención al Asma infantil / Niños con Asma activa (0-14 a; PV 6-13)**

AN AR CN CL MD MR NV PV

**Criterio de inclusión**

Síntomas recurrentes + Espirometría obstructiva reversible espontáneamente o con broncodilatador	AN					CL							MD				
Síntomas recurrentes + Variabilidad diaria del FEM ≥ 20%	AN					CL							MD				
Síntomas recurrentes + test de provocación bronquial positivo con ejercicio (CyL específico)	AN					CN	CL						MD	MR			
Síntomas recurrentes + test de broncodilatación o variabilidad positivo						CN								MR			
Síntomas compatibles y no atribuibles a otros diagnósticos						CL											
Diagnóstico clínico en menores de 5-6 años (CN también de 6-15 años si no colabora)	AN					CN							MD	MR			
Diagnóstico previo						CL							MD				PV

**Valoración Inicial**

Síntomas: Tos crónica, Sibilancias, Disnea, Opresión torácica	AN												MD				
Presentación de los síntomas; Factores predisponentes o desencadenantes, (historia del asma)	AN												MD	MR			
AF: (enfermedades respiratorias o alérgicas, asma y procesos relacionados, hábito tabáquico)	AN												MD	MR			
Exposición al tabaco (AN y ambiente domicilio, MR y escolar )	AN												MD	MR			
Presencia de atopia: dermatitis, rinitis, alergia al huevo y leche en < 3a.	AN												MD				
ACP, TA, Peso, Talla, Percentil	AN																
AP: lactancia, patología neonatal, bronquioliis, ingresos	AN																
Rx torax	AN													MR			
Estudio alérgico (IgE específica en <3a, Prick en >3a, MR derivación a alergología en >6a)	AN					CN	CL										

**Seguimiento**
**Anamnesis / Valoración General**

SEICAP)	1a	1a				1a	1a						1a	1a		1v	
Al menos 1 visita al año															NV		

**Exploración física**

ACP, Mucosa nasal y conjuntival													1a				
---------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----	--	--	--	--

**Pruebas complementarias**

FEV1 o FEM en mayores de 6 años							1a						1a	1a		1a	
FEV1/CVF en mayores de 6 años (CN espirometría basal y posbroncodilatación)		1a					1a										

Intervenciones														
Valoración de la Adherencia	4-12m											1a		
Revisión Plan terapéutico	4-12m			1a	1a							1a	1a	
Consejo sobre Tabaco	4-12m											1a		1a
Consejo sobre la enfermedad y sus cuidados (evitación, reconocimiento crisis, conducta)	4-12m			1a	1a							1a	1v	1a
Revisión técnica de inhalación	4-12m			1a	1a							1a	1v	1a
Consejo sobre uso de inhaladores	4-12m											1a		
Vacunación antigripal	1a	1a		1a	1a								1a	
Plan de acción escrito individualizado	4-12	AR												
Ofrecer programa educativo estructurado	4-12m													
Tratamiento según clasificación funcional													MR	

## Atención a niños con Obesidad

AN AR MD NV

### Criterio de inclusión

Niños de 2 a 14 años con (AN sobrepeso/obesidad; MD IMC > percentil 25)

MD

### Valoración Inicial

AF de obesidad hasta 2º grado de consanguinidad

Valoración funcional de: Nutrición, Rol, Ejercicio, Autoconcepto

Clasificación de la gravedad

MD

MD

AN

### Seguimiento

#### Anamnesis / Valoración General

Seguimiento en consulta de enfermería

AR

#### Exploración física

Peso, Talla, IMC con percentiles (N sólo peso)

4-6m 6m 1a

### Intervenciones

Consejo sobre: Alimentación, Ejercicio, Ocio

Plan de cuidados

Consejo escrito

6m

6m

AN

Atención y educación al Joven / Promoción de la salud en la Adolescencia		AN	AR			CL			EX	MD	MR			
<b>Criterio de inclusión</b>														
Personas de 15 a 19 años (AR 13-18 a; EX 14-18 a))						CL					MD	MR		
Sin especificar		AN												
<b>Valoración</b>														
<b>Anamnesis / Valoración General</b>														
Valoración funcional de: Percepción de salud, Nutrición, Actividad, Sexualidad, Rol, Autoconcepto						2a					2a			
Factores de riesgo psicosocial / Valoración sociofamiliar						2a					MR			
Rendimiento escolar o laboral						2a								
Anamnesis sobre consumo de Tabaco, Alcohol y Drogas		1a				2a			EX	2a	2a			
Anamnesis sobre comportamiento sexual		AN												
Anamnesis sobre conducta de riesgo en accidentes de tráfico			AR								2a			
Anamnesis sobre hábitos alimentación, ejercicio y síntomas de alarma de conducta alimentaria			AR						EX		2a			
Anamnesis sobre trastornos relacionados con la conducta			AR						EX		1v			
<b>Exploración física</b>														
Peso, Talla, IMC y TA											1v			
<b>Intervenciones</b>														
Consejo sobre Tabaco, Alcohol y Drogas		1a	AR			2a			EX	2a	2a			
Consejo sobre Alimentación (AN e imagen corporal)		AN	2v			2a			EX	2a	2a			
Consejo sobre Ejercicio		AN				2a			EX	2a	2a			
Consejo sobre Métodos anticonceptivos (y píldora poscoital)		AN	AR			2a			1v	2a	2a			
Consejo sobre prevención de infecciones de transmisión sexual		AN	AR			2a			1v	2a	2a			
Consejo sobre uso correcto de preservativo									1v		2a			
Información sobre recursos de planificación familiar en la zona									EX					
Consejo sobre prevención de accidentes de Tráfico		AN	AR			2a			EX	2a	2a			
Consejo sobre riesgos del piercing y tatuajes									1v					
Plan de cuidados (si se identifica riesgo o disfunción)										2a	MR			

# Atención a la Mujer

Atención a... / Captación, Valoración y Seguimiento de la Mujer Embarazada	AN				CN	CL				EX	G	MD	MR	PV	IN
<b>Criterio de inclusión</b>															
Test de embarazo positivo (MD y fecha de la última regla)											G	MD	MR		
Inclusión antes de la 12 semana (MR 10ª)	AN				CN					EX		MD	MR	PV	IN
Embarazo con fecha probable de parto						CL									
<b>Valoración Inicial en primera visita (MU 1 mes tras dco)</b>															
Fecha probable de parto y fecha de última regla / Cálculo edad gestacional					CN	CL				EX	G	MD	MR		IN
Valoración del riesgo obstétrico (MR y de patología cromosómica)	AN				CN	CL				EX	G	MD	MR		IN
Edad AP y gineco-obstétricos. AF. Tabaco. Alcohol. (Drogas). Psicosocial. Laboral. (Síntomas). Exploración física con:	AN					CL					G	MD	MR		
Peso. TA. (IMC. ACP. Abdomen. Ginecológica. MMII).					CN					EX					IN
Análítica: Hemograma, Glucemia, Creatinina, Serologías, Grupo y Rh, (Cultivo de orina, SO, Ác úrico, AST, ALT, VIH, VHB si FR)	AN				CN	CL				EX	G		MR		IN
Derivación a salud bucodental en primer trimestre	AN	AR				CL					G				
Valoración funcional sobre: Percepción salud, Nutricional, Ejercicio, Sexualidad												MD			
Valoración social y genograma	AN										G				
Grado de aceptación											G		MR		
<b>Seguimiento</b>															
<b>Periodicidad de visitas</b>															
2 antes de la 20 semana (EX 1 visita), 2 entre la 20-28 sem (EX 1 visita), 2 a partir de la 28 sem.					CN	CL				EX			MR		IN
1 en cada trimestre de gestación (incluida la inicial)												MD			
10 visitas en Semanas (aprox): 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 38, 39	AN														
9 visitas en Semanas (aprox): <10, 15, 20, 25, 30, 35, 38, 40, 41											G				
<b>Anamnesis / Valoración General</b>															
Cálculo de edad gestacional					CN	CL				EX	G	MD	MR		IN
Síntomas											G		MR		
Valoración funcional sobre: Percepción salud, Nutricional, Ejercicio, Sexualidad												MD			
Percepción de movimientos fetales (a partir de 20 sem.)						CL					G		MR		
Valoración del riesgo obstétrico en todas las visitas	AN										G		MR		
<b>Exploración física</b>															
Peso	AN				CN	CL				EX	G	MD	MR		IN
TA	AN				CN	CL				EX	G	MD	MR		IN
Fondo uterino					CN	CL				EX	G		MR		IN
Auscultación de latido fetal (a partir de 16-20 sem.) (AN con doppler)	AN				CN	CL				EX	G		MR		IN
Edemas MMII	AN				CN					EX	G	MD	MR		IN
Maniobras de Leopold (a partir de 28 sem)					CN	CL				EX	G		MR		IN
Tacto vaginal para valorar cuello desde 38 sem											G				



Preparación al parto / Educación maternal / Educación en el Embarazo															
<b>Criterio de inclusión</b>	AN				CN	CL			EX	G	MD	MR			IN
Inclusión antes de la 28-32 semana	AN				CN	CL					MD	MR			IN
1 Sesión en trimestre 1, 10 sesiones en trimestre 3, 8 sesiones posparto									G						
<b>Requisitos / Contenidos</b>															
Asistencia de al menos al 70% de las sesiones / AN 3 sesiones	AN										MD				
Contenidos: Información, Ejercicio, Técnicas de respiración y pujos, Técnicas de relajación, (Estimulación prenatal)	AN					CL				G	MD	MR			
Protocolo con: Contenidos, Ejercicios ante y posparto, Técnicas de relajación, Metodología, Evaluación de conocimientos en la última sesión					CN										IN
Registro del servicio (Contenido, Fechas, Participantes, Proveedores)					CN	CL			EX						IN

Visita puerperal / Primer mes posparto	AN			CN	CL			EX	G	MD	MR	NV	PV	IN
<b>Criterio de inclusión</b>														
Visita en domicilio o centro de salud antes de 10-15 días posparto	AN			CN	CL			EX		MD	MR	NV	PV	IN
Visita de revisión al mes y medio con oferta de anticoncepción													PV	
Visita 3-4º día posparto y ofertar nueva visita día 5-8º y día 15º									G					
<b>Contenido</b>														
<b>Anamnesis / Valoración General</b>														
Adaptación, Autoconcepto										MD				
Valoración Emocional: depresión posparto y Psicosocial, (relación con el RN)	AN				CL				G		MR			
Anamnesis de síntomas de infección									G		MR			
Hábito intestinal y miccional									G					
Comprobar realización de cribado metabólico									G		MR			
<b>Exploración física</b>														
Palpación de fondo uterino	AN			CN	CL			EX	G	MD	MR			IN
Examen de loquios	AN			CN				EX	G	MD	MR			IN
Temperatura corporal				CN	CL			EX	G	MD				IN
Examen de periné o incisión quirúrgica	AN			CN	CL			EX	G	MD	MR			IN
Mamas	AN			CN	CL			EX	G		MR			IN
TA					CL			EX	G					
MMII					CL				G					
Anamnesis sobre y Exploración del recién nacido	AN								G					
<b>Intervención</b>														
<b>Consejo sobre:</b>														
Higiene, Alimentación, Descanso	AN			CN	CL			EX	G	MD				IN
Tóxicos y tabaco									G					
Ejercicio, Ejercicio de suelo pélvico, Circulatorios y Abdominales					CL				G	MD				
Sexualidad y anticoncepción	AN				CL			EX	G	MD	MR		PV	
Signos de alarma: fiebre, hemorragias, mamas, depresión									G					
Higiene y cuidado del niño (y síntomas-signos de alarma)	AN			CN	CL			EX	G	MD	MR			IN
Alimentación del RN y lactancia natural	AN			CN	CL			EX	G	MD	MR			IN
Prevención muerte súbita del lactante					CL					MD				
Inclusión en el servicio de atención al niño / sea visto en 1 mes				CN				EX	G		MR			IN
Revisión y actualización de vacunas								EX						
Plan de cuidados sobre problemas detectados									G	MD				
Evaluación del riesgo y derivación si procede	AN								G					
Información sobre cuidado de mamas y cicatrices									G		MR			
Información sobre prevención cáncer de cervix								EX			MR			
Ofertar Educación maternal posnatal									G					

Información sobre métodos anticonceptivos / Seguridad en prácticas sexuales	AN	AR			CN	CL			EX	G	MD	MR	PV	IN
---	----	----	--	--	----	----	--	--	----	---	----	----	----	----

Criterio de inclusión														
-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Mujeres de 20 a 49 años											MD			IN
Mujeres de 14 a 25 años (anticoncepción)													PV	
Mujeres de 14 a 45 años (información sexual)													PV	
Mujeres de 14 a 49					CN				EX	G		MR		
(incluido en el servicio de atención al joven)		AR				CL								

Contenido														
-----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Anamnesis / Valoración General														
--------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Valoración funcional sobre anticoncepción y registro de método en su caso											2a			
Anamnesis sobre uso o no de método					2a				2a	G		2a		2a

Intervención														
--------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Información y orientación sobre Métodos anticonceptivos (y Píldora poscoital)	AN	AR			2a	2a			2a	G	2a	2a	1v	2a
Información y consejo sobre prácticas sexuales seguras y vías de transmisión	AN	AR			2a					G			1v	
Si método de barrera: normas de uso y anticoncepción poscoital										G		MR		
Si DIU, Implante o Definitivo: (atención específica o derivación)										G		MR		

Seguimiento de métodos anticonceptivos hormonales															
						CN	CL		EX	G	MD	MR			IN
<b>Criterio de inclusión</b>															
Mujeres que usan métodos anticonceptivos (en los últimos 18 meses)							CL		EX		MD	MR			
Demanda										G					
Indicación y seguimiento de métodos no quirúrgicos										G					
<b>Valoración inicial</b>															
Anamnesis para descartar contraindicaciones absolutas y relativas						CN	CL		EX	G	MD	1-2a			IN
Información sobre pautas (EX y sobre problemas potenciales, oral y escrita)									EX	G	MD				
Información sobre efectos adversos (motivos de consulta, fármacos desaconsejados)										G	MD				
Tipo de anticonceptivo							CL			G					
<b>Seguimiento</b>															
<b>Anamnesis / Valoración General</b>															
Tolerancia (y problemas) (EX a los 3-6 m del tto)						2a	2a		EX	3a					2a
FRCV										3a					
Anamnesis sobre hábito tabáquico									1a						
<b>Exploración física</b>															
TA						2a	2a		1a	3a	MD	1-2a			2a
Peso (EX IMC)						2a	2a		1v			1-2a			2a
Signos de patología vascular en miembros inferiores												1-2a			
<b>Exploraciones complementarias</b>															
Analítica: Glucosa, Lípidos, (Transaminasas, Bilirrubina)						2a	2a		5a			1-2a			2a
Lípidos a partir de los 45 a										G					
<b>Intervenciones</b>															
Valoración de la Adherencia (EX a los 3-6 meses del comienzo)									EX	3a	MD				
Valoración de efectos adversos							2a			3a	MD	2a			
Consejo sobre Tabaco						2a	2a		1a		MD	2a			2a
Información sobre prevención de ITS										3a		2a			
Modo de utilización							2a					MR			
Resolver las situaciones que se den (ciclo, efectos adversos...)										3a					
Recomendar consulta de problemas										3a					
Indicación de preparado con gestágeno de 2ª generación y dosis de estradiol ≤ 30-35 mcg												MR			
Tratamiento de elección: preparados de baja dosis -tríclicos o microdosis							CN								IN
En Adolescentes: revisión a 1 y 3 m. para dudas y efectos advesos												MR			
Si factores de riesgo, seguimiento e intervención												MR			

Detección precoz de cáncer de Cérvix											AN	AR		CN	CL		EX	G	MD	MR	NV	PV	IN				
<b>Criterio de inclusión</b>																											
Mujeres de 15 a 65 años	AN																										
Mujeres de 20 a 65 años													G														
Mujeres de 25 a 65 años		AR	AS											EX		MD											
Mujeres de 35 a 65 años														CV										IN			
Mujeres de 25 a 59 años																								PV			
Mujeres mayores de 25 años																			MR								

<b>Contenido</b>																										
Inicialmente 2 citologías con 1 año de intervalo	AN													EX		MD	MR					PV		IN		
De 20 a 34 años (AR CN MR EX 25) 1 citología cada	3a	5a												3a	3a	3a	5a					3-5a				
De 35 a 65 años (PV 25-59) 1 citología cada	3a	5a												5a	3a	5a	5a					3-5a		5a		
En > 64 años, 2 citologías consecutivas si no se han hecho previamente															G		MR									
VPH en mujeres de 35 a 65 años (EX anual con citología si es positivo)														5a												
Comunicación de resultado a la interesada 7 días tras recepción del informe	AN																									
Anamnesis a mujeres de 35 a 59 a. sobre AF cáncer ginecológico																								5a		
Consejo prevención ITS en mujeres de 25 a 34 (y >34 con FR)																								2a		
Información sobre objetivos y actuaciones del cribado															G											
"riesgo ginecológico" en diabéticos, hipertensos, obesos y fumadores (/2a 41-74a)																								5a		

Detección precoz de cáncer de Mama		AN	AR			CN	CL			EX	MD	MR	NV		IN
<b>Criterio de inclusión</b>															
Mujeres de 45 a 69 años							CL			CV					
Mujeres de 50 a 69 años		AN	AR	AS			CN			EX	MD	MR			
Mujeres de 50 a 64 años															IN
Mujeres de 40 a 49 años con AF de Ca mama en primer grado										EX					
<b>Contenido</b>															
AF y AP de cáncer de mama							2a								IN
Resultado de mamografía		2a	2a	2a			2a	2a		2a	1a	2a	2a		2a
Si no hay mamografía: Motivo y Recomendación							2a					2a			
Resultado de mamografía antes de 1 mes si (-) o de 15 días si (+)		AN													
Exploración mamaria															2a
"riesgo ginecológico" en diabéticos, hipertensos, obesos y fumadores (/2a 41-74a)													5a		
<b>Detección precoz de cáncer de Endometrio</b>															
<b>Criterio de inclusión</b>															
Mujeres mayores de 50 años (Posmenopausia hasta los 70 años)							CN			EX		MR	NV		IN
<b>Contenido</b>															
Anamnesis sobre sangrado vaginal							1a			1a		MR			1a
Consejo sobre consulta en caso de sangrado												MR			
"riesgo ginecológico" en diabéticos, hipertensos, obesos y fumadores (/2a 41-74a)													5a		

Atención al Climaterio	AN				CN	CL			EX	G	MD	MR	NV	PV	IN
<b>Cribado</b>															
Anamnesis sobre amenorrea o síntomas en > 45 años												MR			
<b>Criterio de inclusión</b>															
Amenorrea superior a 6 meses o inferior con síntomas					CN	CL					MD				IN
Amenorrea superior a 12 meses o inferior con síntomas															
Síntomas	AN														
Mujeres de 45 a 55/59 años									EX			MR		PV	
Mujeres < 45 con menopausia precoz o quirúrgica									EX						
Mujer > 40 a con síntomas										G					
<b>Valoración y Seguimiento</b>															
Síntomas vasomotores (EX y cambios cutáneos)					1a	1a			1a		MD	MR			IN
Sueño/ descanso					1a	1a					MD				IN
Autopercepción/Autoestima/Ánimo (EX alteraciones psicológicas)					1a	1a			1a		MD	MR			IN
Sequedad vaginal					1a	1a			1a		MD	MR			IN
Sexualidad					1a	1a			1a		MD	MR			IN
Incontinencia urinaria					1a	1a			EX		MD				IN
Antecedentes gineco-obstétricos					CN	CL			EX			MR			IN
Factores de riesgo de osteoporosis					CN	CL			EX			MR			IN
Patología mamaria (AF y AP)												MR			
Sangrado menstrual tras 12 meses de amenorrea											MD				
Estado de salud y factores de riesgo	AN														
Exploración: peso, talla, IMC, TA y exploración mamaria									EX						
Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica									1a						
Analítica hormonal si menopausia precoz no quirúrgica									EX						
Valoración de enfermería por patrones funcionales de Majory Gordon									EX						

Intervenciones														
Consejo sobre aporte de calcio superior a 1200 gr/día	AN				1a	1a				1a	G	MD	3a	1a
Consejo sobre ejercicio físico	AN				1a	1a				1a	G	MD	3a	1a
Consejo sobre riesgo de embarazo durante los 12 primeros meses					1a	1a				1a	MD	MR		1a
Información sobre Autocuidados y Hábitos en mujeres de 45 y 55 años													PV	
Plan de cuidados individualizado (con revisión al año) (EX con NANDA, NIC y NOC)	AN				1a	CL				EX	MD	MR		1a
Información sobre los cambios del climaterio	AN									G		MR		
Consejo sobre automedicación					1a	1a				1a				
Consejo sobre consulta médica si sangrado vaginal						1a								
Consejo sobre Tabaco, Alcohol, Cafeína										1a	G	MR		
Información sobre THS y Antifractura si procede											G	MR		
Si THS: cumplir Criterios explícitos, no Contraindicación y fijar Duración (< 5 años)											G	MR		
Si THS: (Eficacia). Adherencia, (Advesos), (ACP), (Abdomen), TA, (Peso) Analítica, Atención											1a	MR		
Educación sanitaria en grupo con ejercicios suelo pélvico y relajación simple (G Oferta)										EX	G			
Al menos 1 visita al año													NV	

Detección precoz de mujer víctimas de Violencia de género		CN	CL																
<b>Criterio de inclusión</b>																			
Mujeres mayores de 14 años		CN	CL																
<b>Contenido</b>																			
Resultado de la anamnesis sobre violencia: Presencia, Sospecha, Ausencia			CL																
Si Sospecha no confirmada por la mujer: seguimiento semestral			6m																
Anamnesis sobre existencia de malos tratos			3a																
Si anamnesis negativa, valorar Indicadores asociados y valorar necesidad de seguimiento		CN																	
Evaluación de indicadores asociados si se recomienda seguimiento		1a																	
<b>Atención a mujeres víctimas de Violencia de género</b>		AN																	
<b>Criterio de inclusión / Requisitos</b>																			
Mujeres ≥ 14 años que sufren violencia de género			CL																
Mujeres con síntomas de sospecha o que refieren maltrato		AN																	
Existencia en el EAP de un Protocolo		AN																	
<b>Valoración / Seguimiento</b>																			
Valoración biopsicosocial																			
Lesiones, Síntomas, Esfera emocional, Familia, Red social, Situación económica y laboral			CL																
Valoración de la situación de violencia		AN																	
Tipo de maltrato, Fase del proceso			CL																
Valoración del riesgo: Físico extremo, Psíquico, Social		AN	6m	CL															
Valoración de situación de Violencia sexual y actuaciones específicas																			
<b>Intervenciones</b>																			
Plan de cuidados individualizado			CL																
Plan de seguridad (CN si presenta indicadores de peligro)		AN		CN															
Información sobre Derechos y Existencia de centros específicos		AN		CN															
Intervención específica en caso de violencia sexual: Atención urgente y Seguimiento																			

Detección de riesgo de Maltrato familiar										
<b>Criterio de inclusión</b>										
Sospecha de maltrato sin distinción de edad o sexo									EX	MD
Vía de detección										MD
Clasificación del maltrato										MD
Al menos 1 (de 4) criterio de familia vulnerable									EX	
<b>Valoración</b>										
Tipo de maltrato: Físico, Psicológico, Sexual										MD
Valoración biopsicosocial										MD
Valoración de la situación de violencia										MD
Valoración del riesgo (EX malos tratos o sospecha)									EX	MD
Entrevista de cribado normalizada									EX	
<b>Intervenciones</b>										
Información, Intervención planificada, Derivación										MD
Seguimiento multidisciplinar protocolizado si malos tratos o alta sospecha										
<b>Vacunación Rubeola</b>										
<b>Criterio de inclusión</b>										
Mujeres de 15 a 45 años con inmunización negativa, desconocida o dudosa									EX	MD
Mujeres de 15 a 49 años sin constancia documentada de vacunación/inmunización										MD
Mujeres de 15 a 49 años	AR									
Mujeres de 15 a 40 años										
Mujeres de 15 a 34 años										IN
Mayores de 18 años susceptible con serología negativa (mujeres en edad fértil, inmigrantes, personal sanitario)									EX	
<b>Intervención</b>										
Anamnesis sobre estado vacunal	AR									IN
Información sobre peligro de embarazo en 4-8 semanas y consejo sobre anticonceptivo									EX	MD
Vacunación si serología negativa o inmunización dudosa o desconocida										MD



Vacunación Neumococo		AN				CN	CL			EX	MD	MR					
<b>Criterio de inclusión</b>																	
Personas ≥ 60 años (EX > 65 años)						CN	CL			EX	MD	MR					
Personas 5/15/18 a 59 años (EX 65 a) pertenecientes a grupos de riesgo						CN	CL			EX	MD	MR					
Personas pertenecientes a grupos de riesgo		AN															
Niños de 2 a 59 m pertenecientes a grupos de riesgo												MR					
<b>Intervención</b>																	
Previo a cada vacuna: anamnesis prevacunacional específica y contraindicaciones												MR					
Dosis de recuerdo en pacientes de alto riesgo												MR					
Niños, según pauta establecida en función de edad de comienzo												MR					
Vacunación Antigripal		AN	AR			CN	CL			EX	MD	MR	PV	IN			
<b>Criterio de inclusión</b>																	
Personas ≥ 60 años (AR EX PV IN ≥ 65)			AR			CN	CL			EX	MD	MR	PV	IN			
Personas < 60 años pertenecientes a grupos de riesgo (AR EX PV IN < 65 a)			AR			CN	CL			EX	MD	MR	PV	IN			
Criterios anuales del Consejo Interterritorial del SNS		AN															
<b>Intervención</b>																	
Previo a cada vacuna: anamnesis prevacunacional específica y contraindicaciones												MR					
Registro de negativa a vacunación			AR														

Actividades preventivas / Detección de problemas prevalentes / Promoción estilos de vida saludables / Valoración del RCV / Prevención de ECV	AN	AR			CN	CL			EX	MD	MR	NV	PV	IN
<b>Criterio de inclusión</b>														
Personas (> 14 años, entre 20 y 75 años) con (1-6) cribados en últimos 4-5 años						CL			EX	MD	MR			IN
Personas 40-65 a con RCV-SCORE										MD				
Personas 30-74 años													PV	
<b>Cribados</b>														
Consumo de tabaco (cuantificado) (N de 15 a 40a)	2a	2a			2a	4a			2a	2a	2a	5a		2a
Consumo de alcohol cuantificado (n /2a de 41-74 a)		2a			2a	4a				2a	5a			2a
Consumo de alcohol y clasificación (14-65 a)													2a	
Índice de Masa Corporal (EX en ≥18a; MR IN en > 20 años; N Peso/2a 41-74a)					4a	4a			4a	5a	4a	5a		4a
Perímetro de cintura en > 20 años (EX ≥ 18 a)									4a		4a			
AF de ECV precoz	AN				4a						MR			
AP de ECV y diagnóstico											MR			
Medida de la PA 14/20-40 años	5a	5a			5a	4a			5a	5a	5a	5a	4a	5a
Medida de la PA (40-74 años EX IN sin límite superior )	2a				2a	2a			2a	2a	2a	2a	2a	2a
Medida de la PA (40-49 años)		2a												
Medida de la PA (50-120 años)		1a												
Colesterol total ( AN, EX, MD, MR var < 35, muj <45 a; CL 35-39a; y >75a)	1v				1v				1v	1v	1v			
Colesterol total (AN, CN, EX, MD, MR, PV var 35-75 y Muj 45-75; CL 45-64 años; IN Var 35-65 a; CN >75 1 v)	5a				5a	5a			5a	5a	6a		5a	6a
Cálculo del RCV (CL 40-44a)					2a									
Cálculo del RCV (CL 45-64 a)					5a									
Cálculo del RCV (MD R bajo c/5a, R Moderado c/2a; R alto c/1a // PV R alto 5a y Rbajo mod 1a)										1-5a			1-5a	
Cálculo del RCV si hay al menos 1 FRCV											4a			
Cálculo del RCV V 45-74 y M 55-74 años		5a												
Cálculo del RCV 34 a 74 años + algún FRCV		5a												
Clasificación en: prevención secundaria o primaria con Cálculo del RCV si algún FRCV	AN													
Glucemia basal (AN CN G MD MR PV >45a, N 15 a 40a.)	3a				3a				3a	5a	3a	5a	3a	
Glucemia basal en personas con (FRCV o) FR de DM2	1a								3a					
AF de cáncer colorectal y AP de factores de riesgo					4a									
Cribado de cáncer colorectal si AF y/o AP					4a									
Anamnesis o valoración funcional sobre (ver listado de Consejos)										5a				
Anamnesis sobre consumo de drogas (20-34 años)					4a					5a				
Anamnesis Agudeza visual y Auditiva (65-74 años)					4a					5a				
Anamnesis psicosocial /Vivencias / Relaciones interpersonales					4a					5a				
Anamnesis sobre actividad física (NV /5a de 25 a 40a, /2a de 41-75a)									2a			2 5a		

Intervenciones																
Consejo sobre Tabaco, Alcohol, Dieta, Ejercicio	AN				2a	4a						5a	2a			
Consejo sobre drogas (CL 20-34 años)						4a						5a				
Consejo Métodos anticonceptivos (CL 20-39 años)						4a						5a				
Consejo sobre Enfermedades de transmisión sexual (CL 20-39 años)						4a						5a				
Consejo sobre Automedicación												5a				
Consejo sobre prevención de Accidentes												5a				
Consejo sobre Uso racional de recursos sanitarios												5a				
Plan de cuidados / Consejo si se precisa										EX		1a				IN

Atención a la Hipertensión arterial	AN	AR		CN	CL		EX	G	MD	MR	NV	PV	IN
<b>Criterio de inclusión</b>													
PA media TAS ≥ 140 y/o TAD ≥ 90 mm Hg (AR >) (3 tomas en máximo 2-3 meses; AN PV 2 ó más mediciones en 2 ó más visitas)	AN	AR		CN	CL		EX	G	MD	MR		PV	IN
TAS ≥ 180 y/o TAD ≥ 110 mm Hg en 1 toma				CN				G	MD			PV	
Diagnóstico previo o Tratamiento antihipertensivo	AN			CN	CL		EX		MD	MR			
TAS 130-139 y/o TAD 85-89 si: DM, LOD, ECV, >=3FRCV							EX			MR			
14 a 18 años, TA > percentil 95							EX						
Con AMPA TA>135/85; MAPA TA media >125/80 ó nocturna >120/70 ó diurna >135/85							EX						

Valoración Inicial	AN	AR		CN	CL		EX	G	MD	MR	NV	PV	IN
AF de ECV precoz	AN			CN	CL		EX	G	MD	MR			IN
AP DM, (Dislipemia), (Obesidad), (ECV) (enf renal)	AN			CN	CL		EX	G	MD	MR			IN
Tabaco y Alcohol	AN			CN	CL		EX	G	MD	MR			IN
Valoración funcional de percepción de salud, nutrición y ejercicio									MD				
Anamnesis sobre ejercicio físico				CN									
Hábitos dietéticos	AN							G					
Síntomas de causas secundarias de HTA	AN						EX	G					
Síntomas de Sd de apnea del sueño	AN												
Clasificación de la HTA por niveles de TA y por Repercusión visceral	AN				CL			G	MD				IN
Cálculo del RCV					CL			G					
Uso de fármacos								G					
Situación sociofamiliar								G					

Seguimiento	AN	AR		CN	CL		EX	G	MD	MR	NV	PV	IN
<b>Anamnesis / Valoración General</b>													
Cálculo del RCV	1-2a							2a		4a			
Presencia o no de DM; LOD, ECV	1a								3m	4a			
Seguimiento en consulta de enfermería	1a								3m				
Anamnesis sobre Tabaco, Alcohol, Ejercicio				CN									
<b>Exploración física</b>													
IMC	3-6m			4m	1a			4m	G	2a	3a	1a	2a
AC o ACP	1a			2a	1a			2a	1a	2a	3a		2a
Edemas MMII	1a			2a	1a			2a	G	2a	3a		2a
TA	3-6/4m			4m				4m	G	6m	6m	1a	6m
Pulsos periféricos	1a			2a	1a			2a	G		3a		2a
Perímetro de cintura								EX	G		4a		
Auscultación / Pulsos Carotídeos				2a				EX	1a		3a		
Auscultación Abdominal / exploración abdominal masas y soplos				2a					1a		3a		
Frecuencia cardiaca								4v			3a		
Tiroides				2a					1a				

### Pruebas complementarias

Glucemia, Creatinina, Lípidos, (Na, K, Ácido urico), (SO)	1a	5a			2a	5a			2a	1a	2a	3a	3a	5a
Creatinina					2a									
ECG	2a	5a			2a	2a			2a	2-3a	5a	3a	5a	5a
MAU o cociente albúmina/creatinina									2a					
Excreción Urinaria de Albúmina si MAU normal	2a													
Fondo de ojo (aconsejable)												3a		

### Intervenciones

Valoración de la Adherencia (y efectos adversos PV G)	3-6m				4m	4m			4m	3m	6m	6m	6m	4m
Revisión tratamiento farmacológico (CN plan terapéutico: dieta, ejercicio fármacos)					4m	4m			4m	1a	6m	6m	6m	4m
Valoración de enfermería por Patrones funcionales y Plan de cuidados NANDA-NIC-NOC									EX					
Revisión Plan de cuidados	3-6m				4m						6m			
Consejo sobre Tabaco y Alcohol	3-6m				1a	1a				3m	6m	6m	6m	1a
Consejo sobre Dieta y Ejercicio físico	3-6m				1a	1a				3m		6m	6m	1a
Tratamiento inicial con monoterapia (con excepciones)						CL								
Tratamiento inicial con tiazidas a dosis bajas (con excepciones)	AN					CL								
Inicio de fármacos inmediata o tras 3-12 meses de THD según RCV	AN													
Indicación correcta del tratamiento farmacológico												6m		
Fijar objetivo de TA												4a		
Objetivo 140/90 y 130/80 en DM		1a								G				PV
Promoción de la AMPA										3m				
Grado de información sobre la enfermedad					1a									
Vacunación antigripal									1a					



## Pruebas complementarias

Glucemia (CL: periodicidad según tto)	AN			2-6r 2-6m			2-3r	1a 2-6m	1a	2-6r
HbA1c (MD: según HbA1c > o < 8%)	3-6r	1a		1a 2-6m			6m 6m	3-6r 1a	1a 6m	1a
Lípidos (EX y perfil hepático)	1a			1a 1a			1a 6m	1a 1a	1a 1a	1a
Creatinina / MDRD /Índice albúmina creatinina	1a			1a 1a			1a 1a	1a 1a	1a 1a	1a
S Orina				1a 1a						1a
MAU	1a	1a		1a 1a			1a 6m	1a	1a	
Fondo de ojo (PV revisión oftalmológica)	2a	2a		2a 3a			2a 1a	2a 1a	2a 1a	2a
Fondo de ojo en DM1 > 14 años	1a									
EKG				2a 1v			1v 2a	5a 1v		1v

## Intervenciones

Consejo sobre: Tabaco, Alcohol, Dieta, Ejercicio (PV diet y ej c/4m) (AR ejercicio)	1a			1a 1a			2-3r 2-6r	1a	1a	1a
Incluir a fumadores en Servicio de deshabituación							EX			
Consejo sobre higiene de boca y pies							2-3m	1a		
Consejo sobre autoanálisis y autocontrol	AR							1a	1a	
Consejo/información sobre la diabetes				1a				1a		
Adherencia al tratamiento (periodicidad según tto) (y efectos adversos)	AN			2-6r 2-6m			2-3r 2-6r 2-6m		1a	2-6r
Plan de tratamiento/cuidados (periodicidad según tto)	AN			2,6r 2-6m			G	2-6r 2-6m		2-6r
Valoración de enfermería por Patrones funcionales y Plan de cuidados NANDA-NIC-NOC							EX			
Educación diabetológica (AN Inicial y Avanzada) (MU consejos específicos)	AN						4m 2-3m	1a		
Determinación de Objetivos de control de HbA1c y del resto de FRCV	AN									
Objetivo en DM1: (AN N HbA1c < 8%) (PV ≤ 7.5%)	AN								NV	6m
Objetivo en DM: (AR G < 7% PV ≤ 7.5%)	1a						G			6m
Objetivo TA ≤ 130/80 mm Hg	4m						G			6m
Objetivo de Colesterol total ≤ 200 mg/dl							G			6m
Objetivo de LDL-cl ≤ 100 mg/dl	1a						G			
Objetivo no fumar										2a
Objetivo MAU <30	1a									
Tratamiento de elección en DM2 (con sobrepeso): Metformina	AN	AR		CL						
Aspirina en DM y ECV salvo contraindicación	AN									
Aspirina en DM si: ECV, > 40 a, FRCV: HTA, Tab, Líp, AF y albuminuria									MR	
En DM1 con MAU, con o sin HTA, IECA	AN									
IECA o ARA II en DM con HTA o con MAU	AR									
En DM 1, inicio de tratamiento farmacológico si hiperglucemia franca o síntomas	AN									
Vacunación antigripal	AN			1a			1a			
Atención podológica específica en pie diabético o de riesgo	AN									
Contacto único para la recogida de material de tto, sin burocracia	AN									
Sistemas de recaptación a DM con mal seguimiento	AN									
Derivación a hospital si cetoacidosis	AN									
Interconsulta en función de GPC	AN									
GBA e ITG: Modificación de estilo de vida y valoración del RCV							1a			

Atención a la Hipercolesterolemia / Dislipemia		AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR	NV	PV	IN
<b>Criterio de Inclusión</b>													
Colesterol total ≥ 250 mg/dl (AN EX >240) (o LDL ≥ 160) confirmado. (EX también HDL < 40		AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR		PV	IN
Colesterol total ≥ 200 mg/dl (o LDL ≥ 130 mg/dl) confirmado si AP de ECV, DM, 2FRCV (o RCV alto) (CN DM; MR si DM2, DM1+MAU o 2-FRCV)					CN	CL		EX	MD	MR		PV	IN
Diagnóstico previo								EX	MD	MR		PV	
Hipertrigliceridemia TG>200 mg/dl (CN y >150 mg/dl en DM)					CN			EX					
<b>Valoración Inicial</b>													
AF: ECV precoz. (Hipercolesterolemia familiar) (Mu obesidad, HTA)		AN			CN	CL		EX	MD	MR			IN
AP: HTA, DM, ECV, Tabaco, Alcohol (Mu drogas)		AN			CN	CL		EX	MD	MR			IN
Valoración funcional de Percepción de salud, Nutrición, Eliminación, Ejercicio									MD				
IMC, TA, Glucemia					CN	CL			MD				
Hábitos dietéticos y de actividad física										MR			
AC, A carotídea, abdominal y femoral, Pulsos periféricos.										MR			
Glucemia, creatinina, ácido úrico, transaminasas, TSH, SO										MR			
ECG					CN								
<b>Seguimiento</b>													
<b>Anamnesis / Valoración General</b>													
Estimación del RCV		1-2a				1a		2a		1a	NV		
Anamnesis sobre Tabaco, Alcohol, Dieta, Ejercicio						1a							
<b>Exploración física</b>													
Peso / IMC		6m						2a		1a		1a	1a
TA		1a								1a		1a	1a
Perímetro de cintura								2a		1a			
ACP y A carotídea								2a					
Pulsos periféricos								2a					
<b>Pruebas complementarias</b>													
Glucemia								2a				1a	1a
Lípidos (anual con transaminasas si tto farmacológico).		6-12	1a			1a	1a	2a	1a	1a	1a	1a	1a

Intervenciones															
Consejo sobre Dieta, Ejercicio, Tabaco, Alcohol	6m					1a	1a					1a	1a	1a	1a
Adherencia al tratamiento, (Efectos adversos)	6m					1a	1a					1a	1a	1a	1a
Plan terapéutico / Plan de cuidados	6m					1a	1a					1a			1a
Valoración de enfermería por Patrones funcionales y Plan de cuidados NANDA-NIC-NOC												EX			
Tratamiento higiénico dietético de 3-6 meses previo al farmacológico	AN					CN	CL					EX		1a	IN
Tratamiento farmacológico actualizado															
Si hipolipemiantes: anamnesis previa sobre AP de ECV o estimación del RCV	5a						CL								
Fármacos si RCV alto o PS y LDL $\geq$ 130 mg/dl	AN														
Valorar fármacos si RCV moderado/bajo y LDL $\geq$ 190 mg/dl	AN														
Indicación de fármacos si: CT < 200+SCORE $\geq$ 5+LDL > 115 ó LDL < 115 tras 1 año de dieta y sigue SCORE $\geq$ 5														1a	
Estatinas en prevención secundaria	AR														
Objetivo en ECV o DM CT < 200 mg/dl															1a
Objetivo si SCORE $\geq$ 5%: LDL < 100 mg/dl														1a	
Control inicial a los 3 meses de tto farmacológico: adherencia, tolerancia, analítica hepática, clínica muscular														MR	

**Criterio de Inclusión**

IMC >( EX MR ≥) 30 (y Fase en la que se encuentra)	AR		CN	CL			EX	MD	MR	PV	IN
Sobrepeso, Obesidad, FR	AN										
IMC 25-30 con perímetro de cintura V 94-108 M 80-88 y FRCV (EX sólo Sobrepeso)							EX		MR		
Perímetro de cintura V >108 M > 88									MR		
Entre 14 y 18 años, IMC > percentil 95 y sobrepeso P85-95							EX				

**Valoración Inicial**

AF: Obesidad (hasta 2º grado), (HTA, DM, Dislipemia)				CL			EX	MD			
AP: HTA, DM, Hiperlipemia, Tabaco, Alcohol				CN	CL		EX	MD	MR		IN
AP ginecológicos en mujeres									MR		
Edad de inicio y evolución de la obesidad; enfermedades asociadas									MR		
Clasificación del sobrepeso-obesidad									MR		
Valoración funcional de Percepción de salud, Nutrición, Eliminación, Ejercicio y Autoconcepto									MD		
Perímetro de cintura abdominal, Índice cintura cadera, TA									MD		
Tratamientos farmacológicos				CL							
Anamnesis sobre Conducta alimentaria y ejercicio físico				CL			EX		MR		IN
Glucemia, Lípidos				CL					MD		
Valoración del grado de motivación	AN										
Tratamiento recomendado y objetivo de peso									MR		

**Seguimiento**

**Anamnesis / Valoración General**

Seguimiento en consulta de enfermería	AR										
---------------------------------------	----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Exploración física**

Peso / IMC	6m			4m	4m			4m	1a	3m	1a	1a	4m
TA								4m				1a	
Perímetro de cintura								4m		3m			

**Pruebas complementarias**

Glucemia, Lípidos, Ác Úrico, (hemograma, transaminasas)				1a				1a		2a	1a	1a
---	--	--	--	----	--	--	--	----	--	----	----	----

**Intervenciones**

Fecha de inicio del Plan terapéutico									MD			
Consejo estilos de vida / HD	6m			4m	4m					3m	1a	4m
Tratamiento recomendado: tipo de dieta y ejercicio				CN								
Consejo básico breve sobre alimentación y ejercicio e Intensivo si está indicado o es demandado	AN											
Plan terapéutico (Plan de cuidados)									1a		1a	
Valoración de enfermería por Patrones funcionales y Plan de cuidados NANDA-NIC-NOC								EX				
Adherencia terapéutica (y efectos adversos)				4m	4m			1m	1a	3m	1a	4m
Objetivo: peso menor al inicial	1a											

**Atención a la EPOC**

AN AR CN CL EX MD MR NV PV IN

**Cribado**

 Espirometría (EX síntomas, AF, exposición laboral, > 10 paquetes tabaco/año; MD PV ≥40 a con > 20 paquetes-año)  
 Interrogatorio sobre síntomas a con AF o AP de exposición de riesgo o tabaco

 EX MD PV  
 EX

**Criterio de inclusión**

 FEV1/FVC < 70% (AN posbroncodilatador; IN 75%)  
 FEV1/FVC < 70% + FEV1 < 80%  
 FEV1/FVC < 70% + Fumador y/o clínica  
 FEV1/FVC < 70% + Fumador  
 FEV1 postbroncodilatador < 80%  
 Diagnóstico previo  
 (Que tenga Espirometría previa al diagnóstico)  
 Síntomas, AF, exposición laboral o >10 paquetes/año

 AN AR CN CL EX MD PV IN  
 CL  
 CL  
 MR  
 CN MR  
 AN CN MD MR  
 NV  
 EX

**Valoración Inicial**

 Hábito tabáquico cuantificado  
 Factores de riesgo: exposición e idiosincrasia  
 Riesgos laborales  
 Enfermedades respiratorias previas  
 AF de EPOC y enf. Respiratoria  
 Rx torax  
 ECG  
 Hemograma  
 Clasificación de gravedad en función de FEV1  
 AC  
 Alfa 1 antitripsina si sospecha de déficit

 AN AR CN CL EX MD MR PV IN  
 MR  
 CN CL EX IN  
 CN CL EX IN  
 AN CN CL EX MR IN  
 AN CN EX MR IN  
 AN EX MR PV  
 MR MR

Seguimiento														
<b>Anamnesis / Valoración General</b>														
Valoración de gravedad con escala GOLD	AN									2a	1a			
Sintomas respiratorios; (Reagudizaciones, Ingresos, Comorbilidad)	AN				6m				EX	1a	6m	6m		
Valoración temprana tras alta hospitalaria o visita a urgencias	AN													
Exposición a tabaco, polvos y sustancias laborales					6m				2a		6m			
Seguimiento en consulta de enfermería (EX valoración por patrones funcionales)		1a							EX					
<b>Exploración física</b>														
ACP (MR AP)					CN	1a			1a	1a	1a	1a		
Coloración de piel y mucosas					CN	1a			1a	1a	1a	1a		
Edemas en MMII					CN				1a	1a	1a	1a		
IMC									EX	1a				
Grado de disnea					CN				1a					
TA									1a					
<b>Pruebas complementarias</b>														
Espirometría	1a	2a			2a	2a				2a	1a	2a	1a	2a
Hb y hematocrito / Hemograma		2a			2a	2a				2a	1a			2a
Gasometría o pulsioximetría (AN y registro de SpO2 en EPOC con O2 domiciliario; EX si FEV1<50%)	1a								EX					

Intervenciones												
Valoración de la Adherencia					1a	6m				1a		6m
Revisión Plan terapéutico (EX plan de tratamiento en fases agudas y exacerpciones)					1a	6m			EX	1a		6m
Revisión Plan de cuidados	AN											
Si exacebación: anamnesis, exploración, valorar derivación, tratamiento											MR	
Consejo sobre Tabaco (MR otras exposiciones; EX oferta servicio de deshabituación)	AN	1a			6m	6m			1a	1a	1a	6m
Consejo sobre la enfermedad y sus cuidados	AN									1a	1a	
Revisión técnica de inhalación	AN	1a			6m	6m					1a	1a
Valoración de necesidades sociosanitarias y derivación a TS	AN											
Plan de seguimiento coordinado con Especializada en enf. Grave o si reagudizaciones frecuentes	AN											
Identificación precoz de reagudizaciones	AN											
Educación en fisioterapia respiratoria					CN							
Valoración de enfermería por Patrones funcionales y Plan de cuidados NANDA-NIC-NOC									EX			
Tratamiento acorde con su clasificación funcional GOLD											MR	
Tratamiento EPOC severa (FEV1 ≤ 50%):corticoides inhalados y broncodilatadores de acción		AR										
Vacunación antigripal	AN				1a	1a			1a			1a
Vacunación antineumocócica					1a				1a			
Criterio de buen control: no fumar												2a



Intervenciones														
Valoración de la Adherencia	3m											1a	6m	
Revisión Plan terapéutico	3m											1a	6m	
Consejo sobre Tabaco		1a										1a	1a	
Consejo sobre la enfermedad y sus cuidados (evitación, reconocimiento crisis, conducta)	3m											1a	1a	
Dispondrán de b2 agonistas como medicación de rescate	AN													
Revisión técnica de inhalación	3m	1a										1a	1a	1a
Consejo sobre uso de inhaladores	3m	1a										1a		
Inclusión en el Programa Educativo básico si cumple criterios	AN													
Derivación a Especializada según criterio	AN													
Crisis severas: derivación urgente en ambulancia asistida y SVA en ausencia de respuesta tras 30 minutos de tratamiento	AN													
Tratamiento farmacológico según pautas GEMA 2003	AN													
Tratamiento escalonado según GINA													MR	

Atención a la Cardiopatía isquémica										
<b>Criterio de inclusión</b>										
Diagnóstico de Infarto de miocardio o Angina estable									MD	NV
<b>Valoración Inicial</b>										
Tipo de CI y Estadio según Canadian CV Society									MD	
Fracción de eyección									MD	
Existencia de revascularización									MD	
AP: HTA, DM, Dislipemia, Tabaco									MD	
Valoración funcional de Percepción de salud, Nutrición, Ejercicio y Estrés									MD	
<b>Seguimiento</b>										
<b>Pruebas complementarias</b>										
ECG									1a	
Glucemia, Creatinina, Na, K									1a	
Lípidos									6m	
<b>Intervenciones</b>										
Valoración de la Adherencia									6m	
Revisión Plan terapéutico									6m	
Revisión Plan de cuidados									6m	
Consejo sobre Tabaco y Alcohol									6m	
Consejo sobre reconocimiento de signos/síntomas de alarma									6m	
Antiagregación		AR							MD	
IECA si fracción de eyección < 40% (AR no especifica)		AR							MD	
Betabloqueantes si Infarto (AR no especifica)		AR							MD	NV
Estatina		AR							MD	NV

Atención a la Insuficiencia cardiaca											AN	AR										MD	NV																																										
<b>Criterio de inclusión</b>																																																																	
(Mayor de 40 años con) 2 criterios mayores o 1 mayor y 2 menores (Framingham)											AN																				MD																																		
Mayor de 40 años con criterios ecocardiográficos de disfunción ventricular																																						MD																											
Diagnóstico previo																																										MD																							
Detección en asintomáticos con: Ondas Q, bloqueo R1, HVI en ECK, Cardiomegalia en Rx											AN																																																						
<b>Valoración Inicial</b>																																																																	
Clasificación funcional según grado de disnea (NYHA)																																														MD																			
Consumo de tabaco y alcohol																																															MD																		
AP: HTA, DM, Cardiopatía isquémica, Valvulopatías											AN																																					MD																	
Valoración funcional de Percepción de salud, Nutrición y Ejercicio																																																	MD																
Rx Torax y existencia de cardiomegalia																																																	MD																
Ecocardiograma											AN																																						MD																
Exploración: signos de congestión y/o hipoperfusión											AN																																																						
Hemograma, Glucemia, Creatinina, Na, K, Lípidos, Perfil hepático											AN																																																						
Derivación para confirmación diagnóstica a consulta de alta resolución											AN																																																						
En Urgencias-AP: estratificación del riesgo en primeros 10 minutos y garantizar: ECG, cercanía de desfibrilador y RCP, Pulsimetría, Oxigenoterapia											AN																																																						
<b>Seguimiento</b>																																																																	
<b>Anamnesis / Valoración General</b>																																																																	
Valoración 48 tras: Alta hospitalaria o Inicio tratamiento -en domicilio si clase III/IV-											AN																																																						
Control FRCV											3m																																																						
<b>Exploración física</b>																																																																	
ACP, Peso, TA, Ingurgitación yugular, edemas de MMII																																																				6m													
<b>Pruebas complementarias</b>																																																																	
ECG																																																							1a										
Hemograma, Glucemia, Creatinina, Na, K, Lípidos, Perfil hepático																																																							1a										
<b>Intervenciones</b>																																																																	
Valoración de la Adherencia																																																									6m								
Revisión Plan terapéutico																																																									6m								
Revisión Plan de cuidados											AN																																														6m								
Consejo sobre Tabaco y Alcohol																																																									6m								
Consejo sobre reconocimiento de signos/síntomas de alarma																																																									6m								
IECA (AN: si FE ≤ 40%)											AN	AR																																													MD						NV		
Betabloqueantes																																																									MD						NV		
Tratamiento según recomendaciones de Proceso											AN																																																						
EpS normalizada											AN																																																						
Anticoagulación si FA											AN																																																						

Atención a pacientes con Anticoagulación oral											
<b>Criterio de inclusión / Requisitos</b>											
Tratamiento con anticoagulación oral (TAO)	AN	AR							MD	NV	
Existencia de un protocolo consensuado con At. Especializada	AN										
Existencia un profesional del EAP referente para la coordinación	AN										
Elaboración de un censo de pacientes y de necesidades de At. Domiciliaria											
Fibrilación auricular y Diabetes o HTA		AR									
<b>Valoración Inicial</b>											
Fecha de inicio del TAO									MD		
Patogía de origen									MD		
Rango del INR recomendado									MD		
Duración prevista del TAO									MD		
Tipo de anticoagulante oral utilizado									MD		
Otros fármacos y enfermedades									MD		
<b>Seguimiento</b>											
<b>Pruebas complementarias</b>											
INR									2m		
<b>Intervenciones</b>											
Valoración de la Adherencia									2m		
Dosis TAO hasta el siguiente control									2m		
Efectos adversos, signos de alarma, medidas aplicadas									2m		
Fecha próxima visita									2m		
Consejo Individual y en Grupos	AN										
Objetivo IRN en rangos de control (2-3)		1a								NV	

Atención a la Depresión		AN								EX	G			PV
<b>Criterio de inclusión</b>														
Diagnóstico de depresión (PV en los últimos 5 años)														PV
<b>Valoración Inicial</b>														
Valoración del estado depresivo con Escalas de Goldberg, Hamilrton o Beck														PV
AF y AP psicopatológicos, enfermedades, fármacos, sustancias, comorbilidad psiquiátrica										EX				
Exploración psicopatológica básica; síntomas, intensidad, evolución y relación con eventos										EX				
Descartar patología orgánico o fármacos y sustancias										EX				
<b>Seguimiento</b>														
<b>Anamnesis / Valoración General</b>														
Exploración de ideas de suicidio o autolisis siguientes														1a
Valoración de la situación familiar y necesidad de servicios sociales														PV
<b>Intervenciones</b>														
Plan de cuidados individualizado (G: especifica ítems)		AN									1a			
Derivación a Especializada según criterios		AN												
Información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad										EX				
Atención a la Ansiedad		AN								EX	G			PV
<b>Criterio de inclusión</b>														
Diagnóstico de ansiedad (PV en los últimos 5 años)										EX				PV
<b>Valoración Inicial</b>														
AF y AP psicopatológicos, enfermedades, fármacos, sustancias, comorbilidad psiquiátrica										EX				
Exploración psicopatológica básica; síntomas, intensidad, evolución y relación con eventos										EX				
Descartar patología orgánico o fármacos y sustancias										EX				
<b>Seguimiento</b>														
<b>Anamnesis / Valoración General</b>														
Al menos 1 visita tras diagnóstico antes de PV 15 días, EX 30 días. (EX seguimiento en función de evolución)										EX				PV
<b>Intervenciones</b>														
Plan de cuidados individualizado (MD: especifica ítems)		AN									1a			
Derivación a Especializada según criterios		AN												
Información básica sobre la naturaleza, curso y tratamiento de la enfermedad										EX				



Atención al consumo de Tabaco / Deshabituación tabáquica / Tabaquismo	AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR	NV	PV
<b>Criterio de inclusión</b>											
Consumo de al menos 1 cig/día en el último mes, Cuantificado y clasificado en Fase Fumadores, Exfumadores hasta 5 años tras abandono y Exposición ambiental	AN				CL			MD			
Consumo de al menos 1 cig/día.											PV
Respuesta positiva a la pregunta ¿fuma usted?									MR		
Consumo regular (diario o semanal) y exfumadores							EX				
<b>Valoración Inicial</b>											
Características del hábito: Cantidad, Inicio, Intentos de dejar y Motivo recaídas (CN convivientes fumadores, patología relacionada con el tabaco; EX sólo en Fase de preparación)	AN			CN			EX	MD	MR		
Test de Fagerström (grado de dependencia física) (EX MR en fase de preparación)	AN			CN			EX	MD	MR		
Clasificación en función de la Fase de abandono (PV diagnóstico de motivación Richmond o descripción)	AN			CN	CL						PV
Test de motivación de Richmon en Fase de preparación									MR		
Escala de valoración de cambios de Becoña y Vázquez	AN										
Cooximetría en Fae de preparación				2a			EX				
<b>Seguimiento</b>											
<b>Anamnesis / Valoración General</b>											
Características del consumo: cuantificación (EX tipo de labor, índice paquetes años si cigarrillos)				2a	1a		2a				
Valoración del riesgo en función de grado de tabaquismo y enfermedades relacionadas							2a				
Clasificación en función de la Fase de abandono							1-2a				
En fase de Acción o de Mantenimiento: Fecha de abandono								MD			
Seguimiento a exfumadores 5 años tras abandono	AN										
Cálculo del RCV	1-2a										

Intervenciones															
Consejo de abandono y oferta de Deshabitación (AN: oferta de Intervención avanzada individual 3 sesiones- o Grupal -5 a 8 sesiones)	AN									1-2a	1a	6m			
Ofrecer tratamiento en función de la Fase de abandono															
Precontemplación: consejo mínimo y apoyo psicológico															
Contemplación: consejo mínimo, documentación, apoyo psicológico															
Preparación: Felicitación y Programa de deshabitación															
Determinación de fecha para dejar de fumar y valoración tto farm															
Fecha, tratamiento y plan de visitas pre y post										EX					
Visita el día previo + 2 visitas en los 2 meses siguientes															
Valoración 11 días antes de fecha prevista: recaídas, signos de deprivación, TA, efectos adversos si fármacos													MR		
Si ha fumado, síntomas de abstinencia, consejo alimentación, apoyo psicológico															
En el caso de abandono: (primera visita al mes, y otra durante el año) (Mu 3 v semestre 1 y 1v en 2º)													MD		
Adherencia al plan terapéutico (Sd abstinencia, Recaídas y motivos, Dificultades)														MR	
Revisión del tratamiento farmacológico y Efectos adversos														MR	
Medida de TA														MR	
Atención a recaídas	AN														
Garantizar el cumplimiento de la Ley 28/2005 en los CS	AN														
Tratamiento farmacológico inferior a 12 semanas														MR	
Al menos una intervención															NV
Refuerzo positivo al exfumador										EX					
Resultados															
Inicio de programa de deshabitación															PV
Fumadores en programa de deshabitación que dejan de fumar al año		AR													PV

Atención al consumo de Alcohol / Atención al Bebedor crónico	AR		CN	CL		EX	MD	MR	NV	IN
<b>Criterio de inclusión</b>										
Consumo en Varones > 40 gr/día o > 280 gr/semana	AR		CN	CL		EX	MD	MR	PV	IN
Consumo en Mujeres > 24 gr/día o > 168 gr/semana	AR		CN	CL		EX	MD	MR	PV	IN
Consumo > 40 gr (Mu 50 gr PV 80 gr) al menos 1 vez al mes							MD	MR	PV	
Consumo unitario > 60 gr 3 ó más veces en el último mes				CL						
<b>Valoración Inicial</b>										
Valoración de la dependencia con Cuestionario (AUDIT, CAGE, MALT u otro)			CN	CL		EX	MD	MR	PV	IN
Si AUDIT V ≥ 8, M> 6: Anamnesis síntomas Neuropatía y Hepatopatía							MD			
Si AUDIT V ≥ 8, M> 6: Hemograma y Transaminasas							MD			
Si AUDIT V 9-12, M 6-12: Anamnesis sobre problemas Físicos, Psíquicos y Sociales				CL						
Si AUDIT ≥ 13: Exploración física: CV, Abdomen, Genital, Neuromuscular				CL						
Si AUDIT ≥ 13: Hemograma, Perfil hepático, Glucemia, Proteinograma, Ác úrico, Triglicéridos, Serología VHB y VHC				CL						
Si AUDIT ≥ 13: Valoración de dependencia alcohólica mediante CIE 9				CL						
Clasificación del nivel de Riesgo (en función de Cantidad o AUDIT)				CL					PV	
Fase de abandono o Disposición al cambio				CL						
Valoración de la situación familiar y de necesidad de servicios sociales									PV	
GOT, GPT y VSG									PV	
<b>Seguimiento</b>										
<b>Anamnesis / Valoración General</b>										
En función del nivel de Riesgo (anual, meses 1-3-12, Especialista)				CL						
Clasificación según ingesta de alcohol								1a		
Cuantificación de consumo			CN			1a			1a	1a
<b>Pruebas complementarias</b>										
GGT y VCM si Sd de dependencia alcohólica y MALT +								1a		
<b>Intervenciones</b>										
Consejo y Estrategia para suspender o reducir el consumo de alcohol			CN	CL		EX	MD	MR	NV	IN
Tratamiento en función de Riesgo y Disposición				CL						
Intervención breve a Bebedores de riesgo									PV	
Oferta de deshabitación a bebedores problema									PV	
Derivación a Especializada si Sd de dependencia							MR			
Objetivo: consumo menor al del nivel de riesgo (V 280 y M 168 gr/sem)	AR									

Actividades preventivas en mayores de 75 años / Examen de salud a mayores de 65 años	AN	AR		CN	CL		EX	MD	MR	NV	PV	IN
<b>Criterio de inclusión</b>												
Mayores de 75 años con Anamnesis en los 2 últimos años sobre: Patología crónica invalidante, Pérdida de pareja, Cambio de domicilio, Hospitalización, Riesgo Incontinencia, Caídas, Fármacos, Vista, Oído, Ingresos, Alimentación, Con quién vive		AR		CN					MD		PV	IN
Mayores de 65 años	AN				CL				MR			
Mayores de 75 años, o > 65 con 3 FR sobre 5							EX					
<b>Valoración Inicial</b>												
Valoración y clasificación según grado de autonomía	AN											
Valoración integral de esferas clínica, funcional, mental y social en personas: Frágiles, en Riesgo o Dependientes	AN											
Detección precoz de deterioro físico, cognitivo y funcional. Énfasis en hipoacusia, déficit visual e incontinencia		AR										
<b>Seguimiento</b>												
<b>Anamnesis / Valoración General</b>												
Valoración funcional de Percepción de salud, Cognitivo/perceptivo y Eliminación (EX patrones funcionales de enfermería)							2a	2a				
Incontinencia, Caídas, Fármacos, Vista, Oído, Ingresos, Alimentación, Con quién vive, (MR patologías crónicas, Hábitos tóxicos, Actividad física, Estado civil, Pérdida de pareja último año; N deterioro cognitivo y afectivo)				2a	2a				2a	1a		2a
Valoración del Riesgo (CL MR cuestionario de Barber; AR e identificación de conductas de riesgo)		AR		2a	2a				2a		2a	2a
Riesgo de caídas: Antecedentes, Medicación habitual (hipnóticos, antiHTA)											2a	
Valoración social (situación familiar, apoyo social, economía, vivienda)							2a					
<b>Exploración física</b>												
TA					2a		2a		2a			
Canal auditivo / agudeza auditiva				2a	2a		2a		2a			2a
Exploración bucodental				2a	2a		2a		2a			2a
Peso/IMC							2a		2a			
Higiene personal									2a			
Lesiones cutáneas: úlceras, heridas, contusiones							2a		2a			
Signos de malnutrición, deshidratación									2a			
Auscultación CP							2a					
Agudeza visual							2a					
Equilibrio y marcha							2a					

Intervenciones														
Plan de cuidados orientado a los problemas (EX según NANDA-NIC-NOC)	AN									2a	MD			
Consejo sobre salud bucodental						CL						2a		
Consejo sobre: Estilos de vida, Medicación, Higiene y Accidentes	AR				CN	CL						2a		2a
Consejo medidas para reducir riesgo de caídas	AR													2a
Revisión de medicación habitual	AR													2a
Valoración del riesgo de interacción y reacciones adversas														2a
Detección de personas polimedicadas (4 ó más fármacos)														2a
Información sobre recursos sanitarios y sociales												2a		

**Atención al Anciano de Riesgo / al Anciano Frágil / al Anciano**

AR CN CL EX MD MR IN

**Criterio de inclusión**

Mayores de 75 años con alguno de los siguiente criterios:

Patología crónica invalidante, Pérdida de pareja, Cambio de domicilio, Hospitalización, Riesgo

Mayores de 75 años con test de Barber positivo en algún ítem (EX MU &gt; 65 a)

**Valoración Inicial**

Valoración clínica, sociofamiliar y grado de dependencia

**Seguimiento**
**Anamnesis / Valoración General**

Motivo de la fragilidad (EX y fecha de inclusión)

Valoración clínica (problemas de salud)

Valoración funcional:

Rol

Cuestionario de Lawton-Brody (actividades instrumentales)

Índice de Barthel con puntuación y afectación si Lawton V 4/5, M 7/8

Índice de Katz (AR Barthel, CN CL IN también Barthel o similares)

Goldberg)

Valoración cognitiva

Minimental o Tests de Isaacs si sospecha de deterioro cognitivo

Test de Pfeiffer (CN CL IN también Minimental o similares)

Valoración de Riesgo social (si Barber positivo)

Valoración sociofamiliar (CL si existe riesgo psicosocial) (MR con Escala de Gijón)

Valoración Geriátrica Integral VGI (Clínica, de Enfermería, Social, Listado de problemas)

**Intervenciones**

Plan de cuidados para cada problema identificado (EX NANDA-NIC-NOC)

Plan integrado de cuidados sanitarios (con especializada y servicios sociales)

Informe clínico móvil a los 'ancianos itinerantes' (estancia &lt; 3 m)

Atención domiciliaria a pacientes Inmovilizados / crónicos Dependientes											AN	AR			CN	CL			EX	G	MD	MR	PV	IN					
<b>Criterio de inclusión / Requisitos</b>																													
Personas que tienen dificultad para desplazarse o que están encamados															AN				CN				EX	G	MD	MR	PV		
Que existan Protocolos clínicos y se realicen Visitas protocolizadas															AN														
Diagnóstico de "dependiente" y Barthel < 60																AR													
<b>Valoración Inicial (MR G en los 3 primeros meses; EX IN antes 30 días)</b>																													
Motivo de inclusión (EX y fecha)																			CN	CL			EX		MD				IN
Identificación del cuidador																AR			CN	CL			EX	G		MR			IN
Al cuidador: identificación con ZARIT y prevención de sobrecarga																										MR			
Valoración clínica: problemas de salud y tratamientos																			CN	CL			EX	G					IN
Valoración funcional																													
Valoración de enfermería por patrones funcionales																							EX	G		MR			
Cuestionario de Lawton-Brody (actividades instrumentales)																									MD				
Índice de Barthel con puntuación y afectación si Lawton V 4/5, M 7/8																									MD				
Índice de Barthel o similar																				CL									
Test validado																			CN										IN
Índice de KATZ																										MR			
Valoración sociofamiliar / Indicadores de riesgo social																			CN	CL			EX	G	MD	MR			IN
Riesgo de úlceras mediante escala de Norton																									MD				
<b>Seguimiento</b>																													
<b>Anamnesis / Valoración General</b>																													
En cada visita:(CL según programación; MD: anual, mensual si Barthel <35 o Norton <14)																													
Evolución y cambios respecto a la visita anterior																							3m	G	MD				
Valoración según patrones funcionales																													
Movilidad)																AR			1a	CL									IN
Valoración funcional con escala de Barthel o Katz (CN test validado)																			1a									1a	IN
Valoración de situación familiar, cuidador y necesidad de servicios sociales																1a							3m	G				1a	
Motivo de inclusión																										3m			
Un problema de Autonomía o un Diagnóstico NANDA con sus intervenciones																1a													
Valoración del riesgo de ulceración (puntuación NORTON)																1a													
Escala de Zarit al Cuidador en situación de riesgo																									G				
Escala de Gijón																									G				
<b>Exploración física</b>																													
Exploración física completa (en la vistos médicas)																									G				



Atención en Cuidados paliativos / en Fases finales de la vida / en situación Terminal	AN	AR		CN	CL		EX	G	MD	MR	PV	IN
<b>Criterio de inclusión</b>												
Personas con enfermedad en fase avanzada o terminal, criterios de la estrategia del SNS	AN	AR		CN	CL		EX	G	MD	MR	PV	IN
<b>Valoración Inicial</b>												
Motivo de inclusión (y fecha) (G IN 15 primeros días; EX 7 días)	AN			CN	CL		EX	G	MD	MR		IN
Identificación del cuidador principal (MU tb ZARIT en primer mes)	AN			CN	CL		EX	G	MD	MR	PV	IN
Valoración del estado general	AN											
Valoración de estado general con escala Palliative Performance Status									MD			
Valoración de síntomas (EX Escala ESAS; MD Escala de Edmonton)							EX		MD			
Dolor, Estreñimiento, Insomnio, Anorexia, Conciencia, Ansiedad/depresión, Esfínteres, Piel y mucosas, Deambulación, (disnea), (nauseas)				CN	CL			G		MR		IN
Estado nutricional, deterioro cognitivo										MR		
Existencia de Dolor: características y pronóstico									MD			
Comorbilidad	AN						EX	G				
Valoración funcional	AN											
Valoración de enfermería por patrones funcionales							EX					
Cuestionario de Lawton-Brody (actividades instrumentales)									MD			
Índice de Barthel con puntuación y afectación si Lawton V 4/5, M 7/8									MD			
Índice de Barthel o similar					CL							
Valoración sociofamiliar / Indicadores de riesgo social (MR primer mes)	AN			CN	CL			G	MD	MR	PV	IN
Valoración Cognitiva, Minimental									MD			
Grado de información de Paciente y Familia	AN			CN	CL			G	MD	MR		IN
Tratamiento farmacológico previo								G	MD			
Pronóstico	AN											
Ingresos previos	AN											
Valoración psicoemocional y espiritual	AN											
Valoración del sufrimiento y calidad de vida	AN											
Valoración de la situación de los últimos días	AN											
Valoración anticipada de duelo / Explorar factores de riesgo de duelo patológico	AN						EX					
Establecimiento del nivel de complejidad	AN											
Valoración integral		AR										
Informar al paciente/familia sobre diagnóstico, pronóstico y tratamiento (con hoja normalizada)							EX					
Notificar al trabajador social la inclusión							EX					
Registrar existencia o ausencia de voluntades anticipadas							EX					
Redacción de un Informe SocioSanitario completo en los primeros 15 días							EX					

Seguimiento																	
<b>Anamnesis / Valoración General</b>																	
ESAS).						15d	CL			7-15d	15d	15d	NV				
En función del nivel de complejidad	AN																
Estado nutricional, deterioro cognitivo												15d					
Valoración frecuente de síntomas físicos, psíquicos y generales	AR																15d
Valoración cada 24 h del paciente en agonía (telefónica o presencialmente)										EX							
<b>Exploración física</b>																	
TA, FC, Glucemia basal o pospandrial (EX exploración física)										7-15d		15d					
<b>Intervenciones</b>																	
En cada visita, revisión de: (CL consensuadas; CN MD 2 al mes)																	
Plan de cuidados y de tratamiento para cada problema identificado (AR EX G escrito; EX NANDA-NIC-NOC)	AR					CN	CL			7-15d	G	MD	15d		PV		15d
Intervenciones sobre el Cuidador familiar (ver servicio Cuidador)												MD					
Planificación de la siguiente visita							CL										
Plan de Atención Inicial, en función del nivel de Complejidad	AN																
Identificación de la voluntad del paciente	AR																
Información, Consejo, Asesoramiento, Apoyo sanitario y social al Cuidador	AR																
Escalón de la OMS si dolor														NV			

Atención al Cuidador Familiar		AN				CL		EX	MD no				
<b>Criterio de inclusión</b>													
Personas cuidadoras						CL		EX					
<b>Valoración Inicial</b>													
Identificación de la persona a la que cuida						CL		EX					
Fecha de inclusión en el servicio						CL							
Inclusión en actividad de grupo y motivos en caso de no inclusión						CL							
Identificar factores de riesgo de duelo complicado									MD				
<b>Seguimiento</b>													
<b>Anamnesis / Valoración General</b>													
Valoración del riesgo del cuidador (Escala Zarit) (G y MR en servicio de Inmovilizados)						1a		EX	G	MD	MR		
Identificación de los cuidados que debe prestar (CL ICUB 97)	AN					1a							
Situación sociofamiliar (EX valoración social: competencias, cuidados prestados, ayudas)						1a		EX					
Problemas de salud						1a							
Detección de situación de claudicación familiar	AN												
<b>Intervenciones</b>													
Revisión del Plan de cuidados en función de problemas detectados (Priorización, Intervención, Periodicidad de visitas, Atención al duelo)						3m							
Información, apoyo y consejo sobre las repercusiones de su rol.								EX					
En cada visita a Inmovilizados o Cuidados paliativos													
Consejo sobre cuidados (MD en cada visita a Inmovilizados o Cuidados paliativos)	AN								MD				
Facilitar expresión de emociones									MD				
Información continuada sobre la situación de la persona cuidada	AN								MD				
Accesibilidad del EAP para dudas	AN												
Apoyo sociosanitario coordinado	AN												
Si sobrecarga, información sobre recursos socio-sanitarios								EX					

<b>Educación para la salud a Grupos / a Diabéticos / a Cuidadores</b>	AR				CN	CL			EX	MD	MR				IN
---	----	--	--	--	----	----	--	--	----	----	----	--	--	--	----

<b>Criterio de inclusión</b>															
------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Registro en su historia clínica / Diabéticos y sus cuidadores / Cuidadores						CL									
Existencia de un proyecto con : Población diana, Área temática, Cronograma										MD					
DM diagnosticados en últimos 5 años											MR				

<b>Requisitos / Intervenciones</b>															
------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Existencia de un protocolo con: (Justificación, Análisis de situación) (Población diana), Objetivos, Contenidos, Metodología,						CN	CL			EX	MD	MR			IN
Existencia de un sistema de registro						CN	CL			EX		MR			IN
Haber realizado un mínimo de las actividades planificadas						CN				EX					IN
Evaluación de los participantes pre y pos actividad						CN	CL			EX					IN
Evaluación mediante encuesta validada de educación diabetológica												MR			
Memoria final con evaluación cuali-cuantitativa de estructura, proceso y resultados											MD				
Encuesta de satisfacción (Cuidadores)							CL								
A todo DM: Información de existencia, horario y contenidos y ofrecimiento a paciente y familiar		AR										MR			
A todo DM: registro de si ha acudido o no y puntuación de la evaluación si ha acudido												MR			

Educación para la salud en Centros educativos / en la escuela											AN					CN	CL			EX	MD	MR			IN									
<b>Criterio de inclusión</b>																																		
Existencia de un grupo de trabajo multidisciplinar EAP/Institución escolar																						CN										IN		
Existencia de un proyecto coordinado con el centro educativo (de 1 año de duración al menos)																						CN						MD				IN		
Programas específicos: Forma joven, Salud escolar, A no fumar																	AN																	
Centros de Primaria y Secundaria en el marco del Plan de Educación 2005-10 (dirigido a personal docente, no docente y familiares)																												MR						
<b>Requisitos / Actividades</b>																																		
El proyecto incluye: (Centro, Justificación, Análisis de situación), Población diana, (Priorización), Objetivos, Contenidos, Metodología, Actividades, Evaluación																						CN	CL			EX	MD					IN		
Acuerdo con el centro educativo y Disponibilidad de al menos un profesional sanitario para atención directa en el centro educativo																	AN																	
Contenidos priorizados incluidos en el Plan 2005-10																												MD						
Memoria final con evaluación cuali-cuantitativa de estructura, proceso y resultados																																		
Memoria anual con: Evaluación de Actividades, logro de objetivos, actas																						CN											IN	
En cada actividad, registrar: Centro, Tipo, Población diana -personal docente no docente o familiares, Asistentes, Contenido priorizado, Objetivos, Metodología, Evaluación																												MR						
Sistema de registro con: contenido, fechas, quién realiza, nº de asistentes																										EX								
<b>Educación para la salud en Adolescencia / Sexualidad / Diabetes / Obesidad / Zoonosis</b>																										EX								
<b>Criterio de inclusión</b>																																		
Actividades protocolizadas individuales o de grupo																																		
<b>Requisitos / Intervenciones</b>																																		
Fomento de educación en grupos de adolescentes y sobre zoonosis en centros escolares																																		
Realización de un mínimo de las actividades programadas (EpS salud sexual)																										EX								
Diabetes y Obesidad																																		
Valoración pre-educativa																										EX								
Objetivos, contenidos, actividades y logros																										EX								
Al menos 3 visitas de enfermería de contenido protocolizado																										EX								
Evaluación anual mediante cuestionario, entrevista, observación y resolución de problemas																										EX								

# Atención General

Cirugía menor	AN	AR			CN	CL			EX	G	MD	MR			IN
<b>Criterio de inclusión / Requisitos</b>															
Procedimientos de baja complejidad	AN					CL						MD	MR		
Existencia en el EAP de un protocolo	AN	AR													
<b>Valoración</b>															
<b>Anamnesis / Valoración General</b>															
Diagnóstico del problema quirúrgico						CN	CL			EX	G	MD	MR		IN
Alergia a anestésicos locales (MU alergia medicamentosas y/o material de curas)						CN	CL			EX	G	MD	MR		IN
Alteración de la coagulación / consumo de anticoagulantes o antiagregantes						CN	CL			EX	G	MD	MR		IN
Antecedentes de cicatriz queloidea o hipertrófica						CN	CL			EX	G	MD	MR		IN
<b>Exploración física</b>															
<b>Pruebas complementarias</b>															
<b>Intervenciones</b>															
Consentimiento informado						CN	CL			EX	G	MD	MR		IN
Procedimiento aplicado. (Uso de anestésicos u otros)						CN	CL			EX	G	MD	MR		IN
Plan de cuidados posquirúrgico						CN	CL			EX	G	MD	MR		IN
Anatomía patológica de toda pieza extirpada (AR en casos necesarios)	AN	AR				CN	CL			EX	G	MD	MR		IN

Fisioterapia / Técnicas fisioterápicas en procedimientos protocolizados																	
General / Básicos	AN	AR			CN	CL			EX	G	MD	MR					IN
General / Básicos	AN	AR			CN	CL			EX	G	MD	MR					IN
<b>Criterio de inclusión / Requisitos</b>																	
Procesos atendidos						CL			EX		MD						
Fisioterapia individualizada según listado de procesos	AN																
Fisioterapia en grupo en Mastectomía y Algias vertebrales crónicas	AN																
Orientación a cuidadores	AN																
Educación en Ortesis y Prótesis	AN																
Capacidad funcional ≥ 5 en SCEP												MR					
Procesos crónicos musculoesqueléticos y respiratorios		AR															
Existencia de registro de pacientes	AN																
Adecuación a las guías de procedimiento	AN																
<b>Valoración</b>																	
<b>Anamnesis / Valoración General</b>																	
Diagnóstico del problema por el que se ha derivado						CL			EX	G		MR					IN
Antecedentes y repercusión del problema					CN	CL			EX	G		MR					IN
Gradación según escala SCEP												MR					
Contraindicación de técnicas fisioterapéuticas												MR					
<b>Exploración física</b>																	
Exploración física						CL			EX								IN
Localización e intensidad del dolor con escala analógica visual					CN				EX			MR					
Limitación del rango articular (con goniometría en rodilla)									EX			MR					
Capacidad de mantenerse sobre un pie con escala Öberg (gonalgia)									EX								
Balance muscular con Escala Lovett												MR					
<b>Pruebas complementarias</b>																	
<b>Intervención</b>																	
Objetivos terapéuticos (MR dolor, rango, balance, autocuidado)						CL			EX	G		MR					IN
Intervenciones previstas / técnicas a aplicar y frecuencia						CL			EX	G		MR					IN
Duración prevista / N° de sesiones previstas						CL				G		MR					
<b>Resultados</b>																	
Objetivos terapéuticos alcanzados					CN	CL			EX	G		MR					IN
Técnicas aplicadas					CN	CL			EX	G		MR					IN
Fecha de alta (y motivo)					CN	CL			EX	G		MR					IN
Número de visitas realizadas												MR					
Recomendaciones												MR					

Algias vertebrales mecánicas o degenerativas										
<b>Criterio de inclusión</b>										
Procesos atendidos										
<b>Valoración</b>										
<b>Anamnesis / Valoración General</b>										
Valoración del dolor (con Cuestionario de McGill) (Escala analógica visual)										
Valoración de movilidad y funcionalidad (con Escala Lawton-Brody)										
Localización de áreas dolorosas										
Valoración de los movimientos limitantes o agravantes										
<b>Exploración física</b>										
Palpación de macizos posteriores de c.cervical C2-C7 (en cervicalgias)										
<b>Intervención</b>										
Plan de actuación con:										
Objetivos terapéuticos y objetivos alcanzados										
Intervenciones: Técnicas y Consejos para vida diaria										
Cervicalgia: Estiramientos, Tonificación, Técnicas analgésicas, Ejercicios y autocuidados										
Lumbalgia: Ejercicios, Técnicas analgésicas, Normas de higiene postural										
<b>Complejo articular del hombro</b>										
<b>Criterio de inclusión</b>										
Procesos atendidos										
<b>Valoración</b>										
<b>Anamnesis / Valoración General</b>										
Valoración del dolor con Cuestionario de McGill										
Valoración de movilidad y funcionalidad con Exploración										
Valoración de repercusión en descanso nocturno										
<b>Intervención</b>										
Plan de actuación con:										
Objetivos terapéuticos y objetivos alcanzados										
Intervenciones: Terapias analgésicas y/o Electroterapia y/o Cinesiterapia										
Tratamiento manual del subescapular										

**Partes blandas: ligamentos / esguinces****Criterio de inclusión**

Procesos atendidos

**Valoración****Anamnesis / Valoración General**

Valoración de Inestabilidad articular

Tipo de lesión

Exclusión de rotura ligamentosa

**Intervención**

Plan de actuación con:

Objetivos terapéuticos de funcionalidad y dolor / Objetivos alcanzados

Intervenciones: Crioterapia y/o Vendaje funcional/ Consejos para la vida diaria

**Partes blandas: bursa y músculo****Criterio de inclusión**

Valoración del dolor con Cuestionario de McGill

**Valoración****Anamnesis / Valoración General**

Valoración del dolor con Cuestionario de McGill

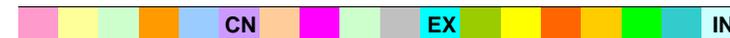
Valoración de funcionalidad, tono y fuerza con Escala de Kendall

**Intervención**

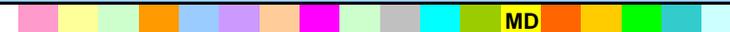
Plan de actuación con:

Objetivos terapéuticos y Objetivos alcanzados

Intervenciones: Terapia analgésica / Consejos para la vida diaria

**Gonartrosis no intervenida quirúrgicamente****Criterio de inclusión**

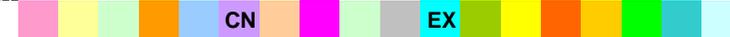
Procesos atendidos

**Valoración****Anamnesis / Valoración General**

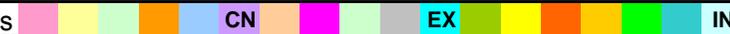
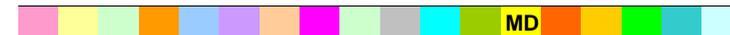
Grado de movilidad (goniometría)



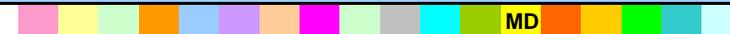
Capacidad para mantenerse sobre un pie (escala Öberg)

**Intervención**

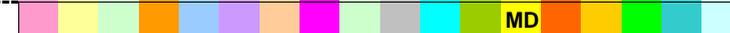
Técnicas analgésicas, Ejercicios terapéuticos, Enseñanza de higiene articular y de uso de ayudas

**Procesos crónicos respiratorios****Criterio de inclusión**

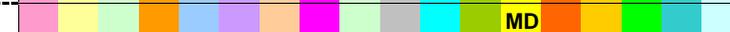
Procesos atendidos

**Valoración****Anamnesis / Valoración General**

Brody

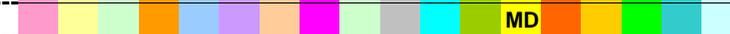


Adherencia al tratamiento

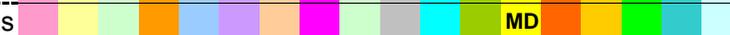
**Intervención**

Plan de actuación con:

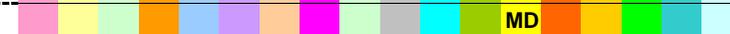
Objetivos terapéuticos y Objetivos alcanzados



Intervenciones: Entrenamiento al esfuerzo, Ventilación dirigida, Potenciación muscular, Técnicas



Consejos para la vida diaria



**Procesos crónicos osteoarticulares de columna**

**Criterio de inclusión**

Procesos atendidos

MD

MD

**Valoración**

**Anamnesis / Valoración General**

Valoración del dolor, tono y fuerza con Escala de Kendall

Valoración funcional con Escala Lawton-Brody

MD

**Intervención**

Plan de actuación con:

Objetivos terapéuticos

Intervenciones: Potencia funcional, Potencia muscular, Estiramientos, Cinesiterapia y termoterapia; Consejos para vida diaria

Consejos para la vida diaria

MD

MD

MD

**Atención bucodental en el Adulto**

AN AR

**Intervenciones**

Tratamiento de los procesos dentales agudos y Cirugía oral

Embarazo: exploración preventiva del 1º trimestre, Promoción salud

Tratamiento de las inclusiones dentarias

Tratamientos por malformación y traumatismos del grupo anterior permanente

AN AR

AN AR

AN

AR

## IV - NOTA SOBRE ALGUNOS ASPECTOS ORGANIZATIVOS ESPECÍFICOS

### ATENCIÓN A LA MUJER

En todas las CCAA existe, en el ámbito de la atención primaria, algún tipo de apoyo para la prestación de los servicios relacionados con la atención a la mujer, incluidos en las diversas CS AP, esto es, la atención al embarazo y puerperio, prevención del cáncer ginecológico, anticoncepción, atención al climaterio, prevención y atención a la violencia de género y la atención a otros aspectos de la salud sexual y reproductiva, incluida la información y educación sanitaria protocolizadas. La atención en estos dispositivos coexiste con la que prestada directamente por los profesionales de los EAP.

La organización y dispositivos concretos de estas Unidades de Apoyo o Unidades de Soporte a Atención Primaria son muy variados, incluso dentro de cada Comunidad Autónoma. Además, no es infrecuente que bajo una misma denominación se engloben prestaciones, actividades, recursos humanos y dependencias funcionales distintas, y viceversa, que unas mismas funciones se enmarquen en distintos dispositivos o denominaciones. También es frecuente que las funciones de un dispositivo rebasen lo que se espera a partir de su denominación. Para describir la situación se ha optado por realizar una aproximación genérica en lugar de describir con detalle cada dispositivo.

#### Dispositivos específicos para la atención a la mujer.

##### a) PUPO, UPPO, y otras

En varias CCAA existen unidades de psicoprofilaxis obstétrica cuya función principal es la preparación al parto y la atención al puerperio, aunque también puede realizarse en ellas el seguimiento del embarazo de bajo riesgo, o incluir los cribados de cáncer ginecológico y otros servicios relacionados con la atención a la mujer. En general se trata de unidades de área bajo la responsabilidad de matronas que prestan el servicio a una o varias zonas básicas y disponen de salas adecuadamente dotadas para la psicoprofilaxis.

Se recogen a continuación las diversas denominaciones:

UPPO: Unidad de psicoprofilaxis obstétrica (AS, MD, MR, IN)

PUPO: Unidad de psicoprofilaxis obstétrica (BL)

Sala de psicoprofilaxis obstétrica (CL)

Matronas (AR, CA, CN, CT, PV, LR)

#### **b) COF, COPF, CAM, UAM y ASSIR**

Bajo estas denominaciones se conoce a un tipo de dispositivos dotados, en general, con especialistas en ginecología, matronas y personal de enfermería, en donde se centraliza la planificación familiar, pero también, en muchos casos, los cribados de cáncer ginecológico, la atención al climaterio y la atención a la violencia de género o la atención al embarazo, así como otros aspectos de la salud sexual y reproductiva.

Estos centros pueden depender funcionalmente de AP (mayoritariamente), de AE (AR, CT, GL, NV); en ocasiones también existe colaboración con las entidades locales o dependencias mixtas. En todos los casos, salvo en Extremadura, los centros están dotados con especialista en ginecología.

COF: Centro de Orientación Familiar (AR, AS, CA, CN, CV, GL, LR)

COPF: Centro de Orientación y Planificación Familiar (EX)

UAM: Unidad de Atención a la Mujer (BL, IN)

CAM: Centro de Atención a la Mujer (NV)

ASSIR: Atención a la Salud Sexual y Reproductiva (CT)

### **ATENCIÓN A LA SALUD BUCODENTAL**

La atención a la salud bucodental es organiza en función de distintos grupos poblacionales, esto es: población infantil y juvenil, personas con discapacidad, mujeres embarazadas y población general.

#### **Atención a la salud bucodental en la infancia**

La atención a la SBD en la infancia, incluyendo educación sanitaria e intervenciones preventivas individualizadas (flúor tópico, sellados), está recogida en las diferentes Carteras de Servicios de Atención Primaria desde que a partir de 1991 comenzaron a implantarse y desarrollarse. Algunas CCAA establecieron programas específicos de SBD antes incluso de presentar sus propias CS AP (por ejemplo, País Vasco o Navarra, con Programas de SBD de 1990 y 1991 respectivamente y CS AP de 1998) o antes de las transferencias (Galicia en 1986 o Cantabria en 1991). Asimismo, el RD 63/1995 sobre prestaciones sanitarias del SNS ya incluía un apartado dedicado a la salud bucodental que prevé la puesta en marcha de medidas preventivas y asistenciales dirigidas a la población infantil que incluyen aplicación de flúor tópico, obturaciones, sellados y otras posibles prestaciones.

En paralelo, la atención a la SBD en la infancia es objeto de legislación y/o de programas específicos (generalmente conocidos como PADI –Plan o

Programa de Atención Dental Infantil-) en prácticamente todas las CCAA, y también a nivel del SNS.

En la **tabla de la página siguiente** se proporciona el enlace a la legislación específica de varias de las CCAA.

En 2007 el Consejo Interterritorial aprobó un Plan de SBD del SNS que consiste en la subvención por parte del Ministerio, en cofinanciación con las CCAA, de un conjunto de prestaciones en SBD dirigidas a la población de 7 a 15 años, de forma progresiva (7 y 8 años en 2007, 7 y 10 años en 2009, 7 y 12 años en 2010) mediante la suscripción de convenios anuales. Las prestaciones que se incluyen, que coinciden en general con las ofrecidas en planes autonómicos, se relacionan a continuación:

- Instrucciones sanitarias sobre dieta y SBD y adiestramiento en higiene BD a niños y padres.
- Aplicación de flúor tópico según necesidad.
- Revisión anual de la cavidad oral, incluyendo exploración radiográfica si es preciso.
- Sellados de fisuras o fosas en las piezas permanentes.
  - Limitadas a molares y premolares en AR, CL, CM, EX, NV.
  - Se extiende a otros supuestos en AN, BL, PV.
- Obturaciones en piezas dentarias permanentes.  
(Limitadas a molares en CM, EX, MR).
- Caries: evaluación de estadio y velocidad de progresión y obturación si precisa.
- Endodoncias de las piezas dentarias permanentes que lo precisen.
- Exodoncias de piezas dentarias temporales.
- Tartrectomías en caso de cálculos y/o pigmentaciones en dentición permanente.
- Tratamientos de incisivos y caninos permanentes en caso de enfermedad, malformaciones o traumatismos.  
(Se excluye la intervención en caso de agesia de piezas en EX)  
(Se incluyen prótesis provisionales en AR)
- Seguimiento a criterio del facultativo.

En unos pocos casos se ofrecen prestaciones adicionales por parte de algunas CCAA:

- Ortodoncia:
  - Cantabria es la única Comunidad Autónoma que incluye la ortodoncia entre sus prestaciones desde 1990. Inicialmente su acceso se reguló mediante copago y baremo socioeconómico (2001), y ha universalizado con carácter gratuito a la población de 7 a 15 años con determinados problemas sanitarios en 2009.

CCAA	Año	Legislación	Edad (años)
AN	2001	<a href="#">Decreto 281/2001</a>	6-15
AR	2005	<a href="#">Orden de 28 de marzo de 2005</a>	6 y 7
BL	2005	<a href="#">Decreto 87/2005</a>	6-8
CN	1990	Decreto 8/1990; Resolución de 1 de agosto de 2002 <a href="#">Orden SAN/27/2009</a>	7-15
CL	2003	<a href="#">Decreto 142/2003</a>	6-14
CM	2005	<a href="#">Decreto 273/2004</a> <a href="#">Decreto 34/2006</a>	6-15
EX	2004	<a href="#">Decreto 74/2003</a> <a href="#">Decreto 195/2004</a>	6-15
MR	2003	<a href="#">Orden de 27 de diciembre de 2002</a>	6-13
NV	1991	Decreto Foral 58/1991; <a href="#">Decreto Foral 69/2003</a> <a href="#">Orden Foral 77/2003</a>	6-18
PV	1990	<a href="#">Decreto 118/1990</a>	7-15

- Algunas CCAA incluyen la prestación de ortodoncia en casos de malformaciones severas ligadas a patologías funcionales severas (AN, EX, CM) o en discapacitados con esa necesidad (CM).
- El resto de CCAA excluyen expresamente la ortodoncia.
- Prótesis:
  - Navarra incluye tratamiento de prótesis en dentición permanente.
  - Aragón en los niños con enfermedades sistémicas que afecten gravemente a la SBD.

La organización para la prestación de este servicio es diferente en cada Comunidad Autónoma. La forma más frecuente se articula en torno a Unidades de Salud Bucodental, dotadas de odontólogo e higienista dental, que se ubican en centros de salud y proporcionan el servicio a una o varias zonas básicas.

En otros casos, el servicio se concierta en su totalidad o parcialmente con clínicas u odontólogos previamente autorizados, mediante un sistema de talonarios de cheques o mediante la elección de un odontólogo de cabecera. (BL, MR, NV, PV).

### Atención a la salud bucodental a la embarazada

Varias CCAA incluyen en su cartera de servicios de AP referencia explícita a la derivación/atención de la SBD de la embarazada (AN, CL, GL); en informe previo también: AS, CN, CB, CT, MR.

Castilla y León dispone de legislación específica donde se indican las prestaciones (exploración preventiva, flúor tópico, controladores de placa, al menos una limpieza).

Extremadura dispone de un programa de salud BD dirigido a las embarazadas que especifica periodicidad (4 visitas) y contenido (exploración, pulido, limpieza, flúor, control de placa, educación).

### **Atención a la salud bucodental a discapacitados**

Varias CCAA ofertan atención a la SBD de personas discapacitadas.

Extremadura dispone de un programa específico dirigido a personas con discapacidad intelectual con grado de minusvalía superior al 33% (PADDI) que ofrece las mismas prestaciones que a la población infantil y añade ortodoncia y prótesis en determinadas situaciones.

Castilla La Mancha oferta a población deficiente de cualquier edad las mismas prestaciones que a la infantil.

Varias CCAA permiten ampliar las prestaciones a la población infantil con discapacidad (AN, PV, MUR) y algunas (AR, BL) hacen referencia a la inclusión de sedación en los casos necesarios.

### **Atención a la salud bucodental a población general.**

En muchas CCAA las USB ofrecen atención odontológica a la población adulta. Esta atención consiste, en general, en la atención a procesos agudos, extracciones dentarias y revisiones. También se incluye la cirugía oral.

En Cataluña, se incrementan las prestaciones generales en el caso de ancianos sin recursos o con determinadas patologías.

## **ATENCIÓN A LA FISIOTERAPIA**

Además de los servicios o unidades de rehabilitación sitas en los hospitales, la mayor parte de las CCAA disponen y ofertan servicios de fisioterapia a través de Unidades de Fisioterapia dependientes de Atención Primaria y ubicadas en algunos centros de salud, dando servicio a una o más ZBS. Los pacientes proceden de las consultas de AP, aunque en algunos casos también admiten derivaciones desde la AE.

La plantilla básica incluye fisioterapeuta(s) y, con frecuencia, auxiliares de clínica. Asimismo se dispone de salas de fisioterapia habilitadas con los útiles y aparatos necesarios para la realización de ejercicios y la aplicación de tratamientos básicos.

## V - BIBLIOGRAFÍA GENERAL

### BIBLIOGRAFÍA GENERAL E HISTÓRICA

#### Documentos oficiales

- [Atención Primaria en el INSALUD: 17 años de experiencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2002.](#)
- [Cartera de servicios de atención primaria: definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;1995, 2000 \(revisión\), 2001.](#)
- [Desarrollo de planes de cuidados en la cartera de servicios de atención primaria. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.](#)
- [Evaluación de la cartera de servicios. Manual de Procedimiento Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.](#)
- [Cartera de servicios de atención primaria. Estudio de concordancia entre observadores Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.](#)
- Valoración de la cartera de servicios del equipo de atención primaria. Manual de procedimientos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.

#### Bibliografía relacionada con la CS AP.

Se ha publicado un buen número de artículos relacionados con la CS AP. En 2003 Segovia y González presentaron una revisión que recopila 38 trabajos originales. Se cita aquí una selección.

- Segovia González. La cartera de servicios en Atención Primaria: una revisión de la literatura. [Rev Adm Sanit 2003;1\(4\):601-18.](#)
- Aguilera M et al. Oferta de servicios en atención primaria. [Aten Primaria 2003;31:319-26.](#)
- Sans V. La cartera de servicios en atención primaria: significado y comparabilidad. [Aten Primaria 2006;37:95-100.](#)
- Ripoll MA. ¿Es eficiente la Cartera de Servicios como herramienta de mejora de calidad? *Med General* 2000; 27:794-6.
- Casado V. La cartera de servicios diez años después. [Medifam 2001;11:10-19.](#)

### ANDALUCÍA

#### Cartera de servicios

- [Cartera de servicios de atención primaria 2008. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2008.](#)

- Cartera de servicios de atención primaria 1999. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;1999.
- Cartera de servicios de atención primaria 2000. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2000.
- Cartera de servicios de atención primaria 2003. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2003.
- Cartera de servicios de atención primaria 2004. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2008.
- Cartera de servicios por procesos asistenciales integrados. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2004.
- Cartera de servicios por procesos asistenciales integrados. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2005.
- Cartera de servicios por procesos asistenciales integrados. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2006.
- Oferta de servicios de atención primaria 2007. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2007.
- Contrato programa 2005-08. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2008

#### Documentos clínicos

- [Procesos Asistenciales Integrados](#)

#### Otros documentos

- Sistema de Información para la Gestión de la AP (SIGAP) Manual 2009. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2009.
- Contrato programa 2005-08. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2008
- Sistema de Información para la Gestión de la AP (SIGAP) Manual 2009. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud;2009.

## ARAGÓN

### Cartera de servicios

#### [ENLACE GENERAL](#)

- Indicadores clínicos 2009, Adenda, Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información de AP del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas).
- Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información de AP del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas.
- Orden de 12 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se aprueba el contenido funcional de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.

- Indicadores del SIAP Anexo a la Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula Sistema de Información y Evaluación de los Servicios de AP del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas.
- Cartera de Servicios Sanitarios de AP del Sistema de Salud de Aragón.

#### Documentos clínicos

##### [ENLACE GENERAL](#)

- Guía de atención sanitaria a la mujer víctima de violencia doméstica. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud;2005.
- Protocolo de prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares. Estratificación del riesgo cardiovascular. Zaragoza: Servicio Aragonés de Salud;2006.

#### Otros documentos

##### [ENLACE GENERAL](#)

- Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula el Sistema de Información de AP del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas.
- Orden de 12 de julio de 2007, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se aprueba el contenido funcional de la Cartera de Servicios Sanitarios del Sistema de Salud de Aragón.
- Indicadores del SIAP Anexo a la Orden de 22 de septiembre de 2008, del Departamento de Salud y Consumo, por la que se regula Sistema de Información y Evaluación de los Servicios de AP del Sistema de Salud de Aragón, de sus centros y unidades clínicas.

## ASTURIAS

### Cartera de servicios

#### [PCAI: Programas Clave de Atención Interdisciplinar](#)

- Guía de Recomendaciones Clínicas. Alcoholismo. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Ansiedad. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2006.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Cáncer Colorrectal. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2006.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Cáncer de Mama. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2005.

- Guía de Recomendaciones Clínicas. Cáncer de Próstata. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2006.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Demencia. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2008.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Depresión. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2007.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Diabetes. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2005.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Dolor Crónico Musculoesquelético. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2006.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2005.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. Hipertensión Arterial. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2007.
- Guía de Recomendaciones Clínicas. ICTUS. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2005.

#### Documentos clínicos

##### [ENLACE GENERAL](#)

- Consejo Antitabaco en AP de Salud. Oviedo: Servicio de Promoción y Programas de Salud.
- Prevención del Cáncer de Cuello de Útero recomendaciones para la detección precoz. Información para profesionales. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios;2009.
- Guías de Actuación en Cáncer. Guía para el diagnóstico y el tratamiento del Cáncer de Mama en el Principado de Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios;2004.
- Guía sobre lactancia materna. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios;2004.
- Programa de detección precoz de Cáncer de Mama en Asturias. Guía rápida para profesionales. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios;2004.
- Maltrato infantil. Guía de actuación para los servicios sanitarios de Asturias. Oviedo: Consejería de Vivienda y Bienestar Social;2006.
- Programa de Atención al Déficit Auditivo Infantil. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios;2002.

- Programa de detección de Anomalías Cromosómicas Fetales en el Principado de Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios;2006.
- Actualización. Protocolos del Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Asturias. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias;2007

Ve también [PCAI: Programas Clave de Atención Interdisciplinar](#)

#### Otros Documentos

- [Guía de Indicadores de calidad de AP. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios;2006.](#)
- [Plan de Salud para Asturias 2004-2007. La salud como horizonte. Oviedo: Consejería de Salud y Servicios Sanitarios.](#)

## BALEARES

### Documentos clínicos

#### [ENLACE GENERAL](#)

- Guías de práctica clínica. Lumbalgia Inespecífica. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut i Consum;2006.
- Guía para el fomento de la alimentación saludable y la actividad física. Palma de Mallorca: Consejería de Salud y Consumo;2006.
- Guia d'intervenció grupal per a l'abordatge del tabaquisme en Atenció Primària. Conselleria de Salut i Consum;2006.

### Otros documentos

#### [ENLACE GENERAL](#)

- Estrategia de VIH/SIDA en las Illes Balears. Palma de Mallorca: Consejería de Salud y Consumo.
- Pla de Salut de les Illes Balears 2003/2007. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut i Consum;2003.
- Plan de Asma Infantil de las Illes Balears PAIB. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut i Consum;2007.
- Pla sobre el Tabaquisme a les Illes Balears 2003-2007. Palma de Mallorca: Conselleria de Salut i Consum;2003.

## CANARIAS

### Documentos clínicos

#### [ENLACE GENERAL](#)

- Anticoncepción. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (PASAR). Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud;2005.
- Climaterio. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (PASAR). Gran Canaria: Servicio Canario de la Salud;2007.

- Protocolo de actuación ante la violencia de género en el ámbito doméstico. Gran Canaria: Consejería de Sanidad y Consumo;2003.
- Guía de actuación en las Personas Mayores en AP. Gran Canaria: Consejería de Sanidad y Consumo;2002.
- Protocolo del Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Gran Canaria: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación;2006.
- Programa de Prevención y Control de la Enfermedad Cardiovascular en AP. 1ª Actualización. 2003. Gran Canaria: Consejería de Sanidad y Consumo;2003.
- Programa de Salud Infantil. Gran Canaria: Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación;2007.
- Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la comunidad de Canarias. Gran Canaria: Consejería de Sanidad;2006.

#### Otros documentos

- [Plan de Salud de Canarias 2004-2008. "Más salud y mejores servicios". Gran Canaria: Consejería de Sanidad del Gobierno de Canarias;2004.](#)

### CANTABRIA

#### Cartera de servicios

- [Cartera de Servicios de AP. Santander: Consejería de Sanidad y Servicios Sociales;2007.](#)

### CASTILLA Y LEÓN

#### Cartera de servicios

- Cartera de Servicios de Atención Primaria. Valladolid: Junta de Castilla y León;2006.
- [Cartera de Servicios de AP. Valladolid: Junta de Castilla y León;2009.](#)

#### Documentos clínicos

##### [ENLACE GENERAL](#)

- Guía de actividades preventivas en atención primaria para niños con síndrome de Down. Valladolid: Junta de Castilla y León;2005.
- Guía rápida para profesionales sanitarios en la atención a los problemas de salud originados por altas temperaturas. Valladolid: Junta de Castilla y León;2004.
- Guía de anticoncepción de emergencia. Valladolid: Junta de Castilla y León;2005.
- Guía para la atención de los niños y adolescentes con asma. Valladolid: Junta de Castilla y León;2004.

- Atención al inmigrante en Atención Primaria en Castilla y León. Módulo I. Valladolid: Junta de Castilla y León;2004.
- Guía para la atención de niños con trastorno del espectro autista en atención primaria. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007.
- Guía de autoevaluación en Atención Primaria. Cuestionario adaptado para la aplicación del modelo europeo de excelencia. Valladolid: Junta de Castilla y León;2004.
- Cáncer de ovario. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007.
- Cáncer de cuello de útero. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007. Junta de Castilla y León;2007.
- Cáncer de mama. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2005.
- Cáncer de próstata. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2005.
- Cáncer de pulmón. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007.
- Cáncer de vejiga. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007.
- Cáncer gástrico. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007.
- Cáncer colorrectal. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2005.
- Cuidados paliativos en el paciente oncológico. Valladolid: Proyecto Oncoguías. Junta de Castilla y León;2005.
- Guía de atención al paciente con melanoma. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2005.
- Mieloma. Proyecto Oncoguías. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007.
- Valoración y tratamiento del riesgo cardiovascular. Valladolid: Junta de Castilla y León;2008.
- Guía de atención al paciente con demencia en Atención Primaria. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007.
- Protocolo de intervención en tabaquismo. Valladolid: Junta de Castilla y León;2007.

#### Otros documentos

- [III Plan de salud de Castilla y León. Valladolid: Junta de Castilla y León;2008.](#)

## CASTILLA LA MANCHA

### Documentos clínicos

#### [ENLACE GENERAL](#)

- Programa de Prevención de Enfermedades Cardiovasculares en AP. Toledo: Consejería de Sanidad. JCCM;2004.
- Programa de Salud Infantil. Toledo: Consejería de Sanidad;2003.
- Programa de Prevención del Cáncer de Cérvix en AP. Toledo: Área de AP;2004.

### Otros documentos

- [Plan de Calidad del SESCAM 2002-2007. Toledo: Servicio de Calidad de Atención Sanitaria del SESCAM;2007.](#)

## COMUNIDAD VALENCIANA

### Cartera de servicios

- [Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana. Valencia: Conselleria de Sanitat;2001.](#)

### Documentos clínicos

- [Estudio para la Salud. Guía clínica de actuación en diabetes y riesgo cardiovascular. Valencia: Conselleria de Sanitat;2006.](#)
- [Guías de Actuación Clínica I. Valencia: Conselleria de Sanitat;2002.](#)

### Otros documentos

- [Plan de Salud de la comunidad Valenciana 2005- 2009. Valencia: Conselleria de Sanitat;2006.](#)
- Decreto 98/2009, de 17 de julio, del Consell, por el que se aprueba la Cartera de Servicios de Salud Pública de la Comunitat Valenciana.

## EXTREMADURA

### Cartera de servicios

- [Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud AP. Volumen I Atención al Individuo y la Familia. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia;2007](#)
- [Cartera de Servicios del Servicio Extremeño de Salud AP. Volumen II Atención a la salud pública. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia;2007.](#)
- Orden de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud.
- Decreto 175/2008, de 1 de agosto, por el que se aprueba la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud.

### Documentos clínicos

- Protocolo para la Atención de los Trastornos de Ansiedad y Depresión en AP. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia;2007.
- Control del Tratamiento Anticoagulante oral en el Servicio Extremeño de Salud. Guía Clínica, Punción Capilar y Protocolos de Actuación. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud;2007.
- Programa de Atención Dental a Embarazadas (Documento interno);2008.
- Programa de Salud Infantil y del Adolescente de la Comunidad Autónoma de Extremadura. Badajoz: Servicio Extremeño de Salud;2007.

### Otros documentos

- Decreto 74/2003, de 20 de mayo, sobre asistencia dental a la población con discapacidad intelectual de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Decreto 195/2004, de 29 de diciembre, sobre asistencia dental a la población infantil de la Comunidad Autónoma de Extremadura.
- Orden de 17 de marzo de 2004, por la que se establece el procedimiento de elaboración y actualización de la cartera de servicios del Servicio Extremeño de Salud.
- Decreto 175/2008, de 1 de agosto, por el que se aprueba la Cartera de Servicios de Atención Primaria del Servicio Extremeño de Salud.
- [Plan de Salud de Extremadura 2009-2012. Badajoz: Consejería de Sanidad y Dependencia;2009.](#)
- [Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo \(PIDEX\).](#)
- [Manual de información y orientación sobre los recursos disponibles en Extremadura para el paciente con demencia. Guía para familiares de personas con demencia.](#)

## GALICIA

### Cartera de servicios

- Protocolo de Actividade 2009 Centro Piloto Autoxestión/Centro OMI. A Coruña: Servizo/Unidade de AP;2009.
- EAPGA-2009 Avalación Médico de Familia Centro OMI. 2009.
- Obxectivos do Protocolo de Actividades do 2009 en Centros/Profesionais con IANUS\_Historia Clínica. 2009.
- Protocolo de Actividade 2003. Santiago de Compostela: Subdirección de AP;2003.

### Documentos clínicos

[ENLACE GENERAL](#)

- Guía para o manexo ambulatorio dos problemas relacionados co consumo de alcohol. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Estandarización de coidados de enfermería no paciente inmovilizado no domicilio. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade;2005.
- Guía de actuacións en fisioterapia na atención primaria de Galicia. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade;2009.
- Guía para o coidador. Úlceras por presión. A Coruña: Consellería de Sanidade. SERGAS;2005.
- Hernia inguino-crural versión completa. Guía práctica clínica. Santiago de Compostela: Consellería de Sanidade;2007.
- Seguimiento Compartido de patoloxías crónicas nas consultas de AP. A Coruña: Servicio Galego de Saúde;2009.
- Manual de Cirurxía Menor en AP. A Coruña: Servicio Galego de Saúde;2005.
- Neno san. Actividades preventivas en pediatría. Guía de apoio para o programa do neno san. A Coruña: Consellería de Sanidade. SERGAS; 2004.
- Pilula Poscoital. Anticoncepción de emergencia. A Coruña: SERGAS;2006.

#### [ENLACE GENERAL](#)

- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención á Fibromialxia. A Coruña: Consellería de Sanidades;2009.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención á Interrupción Voluntaria do Embarazo. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención aos trastornos de Tiroide. A Coruña: Consellería de Sanidade;2009.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención ás Disfuncións Sexuais Femininas. A Coruña: Consellería de Sanidades;2009.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención á Cardiopatía Isquémica. A Coruña: Consellería de Sanidades;2009.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención á Depresión. A Coruña: Consellería de Sanidades;2009.

- Guía Informativa: drogas e xénero. Plan de atención integral á saúde da Muller de Galicia. 2009.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención ás Infeccións de Transmisión Sexual. A Coruña: Consellería de Sanidades;2009.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Consulta Preconcepcional. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Reproducción Humana Asistida. A Coruña: Consellería de Sanidades;2009.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Anticoncepción. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Detección Precoz de Cancro de Cérvix. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Atención ao Climaterio. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Educación Material Prenatal e Posnatal. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención ao Embarazo Normal. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención ao Parto Normal e Puerperio. A Coruña: Consellería de Sanidades;2008.
- Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía Técnica do Proceso de Atención ás Mulleres en Situación de Violencia de Xénero. A Coruña: Consellería de Sanidades;2009.

#### **Otros documentos**

- Protocolo de Actividade 2003. Santiago de Compostela: Subdirección de AP;2003.
- Plan Galego de Coidados Paliativos. Santiago de Compostela: Servizo Galego de Saúde;2006.
- Plan de Mellora da AP de Galicia 2007-2011. 2007.

## MADRID

### Cartera de servicios

- [Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria. Madrid: Servicio Madrileño de Salud;2007.](#)

### Documentos clínicos

#### [ENLACE GENERAL](#)

- Violencia de pareja hacia las mujeres. Guía breve de actuación en atención primaria. Madrid: Comunidad de Madrid;2008.
- Papel de enfermería en Atención Primaria. Madrid: Comunidad de Madrid;2009.
- Guía para la prevención de accidentes en las personas mayores. Madrid: Comunidad de Madrid;2008.
- Guía de Apoyo para el Abordaje del Tabaquismo. Madrid: Comunidad de Madrid;2005.
- Guía de apoyo en Atención Primaria para el abordaje de la violencia de pareja hacia las mujeres. Madrid: Comunidad de Madrid;2008.
- La enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Madrid: Comunidad de Madrid;2007.
- Consejos básicos sobre autocuidados para pacientes con Diabetes tipo II. Madrid: Comunidad de Madrid;2008.

## MURCIA

### Cartera de servicios

- Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003-2004. Murcia: Servicio Murciano de Salud;2003.
- Cartera de Servicios. Murcia: Servicio Murciano de Salud;2007.

### Documentos clínicos

- [Programa de Atención a la Mujer. Murcia: Servicio Murciano de Salud;2005.](#)

### Otros documentos

- [Plan para la mejora y modernización de la atención primaria 2007-2010 Servicio Murciano de Salud;2007.](#)

## NAVARRA

### Cartera de servicios

- Cartera de Servicios (Servicios con requisitos de inclusión). Pamplona: Dirección Atención Primaria;2007.
- Explotación de Cartera de Servicios 2008 (Documento interno).
- Pacto de Gestión 2006-2007. Pamplona: Servicio Navarro de Salud.

## Otros documentos

### [ENLACE GENERAL](#)

- Pacto de Gestión 2006-2007. Pamplona: Servicio Navarro de Salud
- Plan de Salud de Navarra 2006-2012.

## PAÍS VASCO

### Cartera de servicios

- Modelo de Contrato Gestión Clínica 2008. Vitoria: Subdirección de AP;2008.
- Programa. Contrato Programa AP 2006. Anexo II Calidad. Vitoria: Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria;2006.
- Programa. Contrato Programa AP 2006. Anexo III Financiación. Vitoria: Dirección de Financiación y Contratación Sanitaria;2006.
- Oferta Preferente en AP 2008.

## LA RIOJA

### Otros documentos

### [ENLACE GENERAL](#)

- Memoria 04. Logroño: Servicio Riojano de Salud;2005.
- II PLAN DE SALUD DE LA RIOJA 2009 – 2013. Logroño: Servicio Riojano de Salud;2009.

## INGESA

### Cartera de servicios

- [Cartera de servicios de atención primaria: definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2001.](#)
- [Evaluación de la cartera de servicios. Manual de Procedimiento Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2001.](#)