



MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ESTRATEGIA DE ATENCIÓN AL PARTO NORMAL Y SALUD REPRODUCTIVA

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y CUMPLIMIENTO DE UNA VÍA CLÍNICA DE ATENCIÓN AL PARTO BASADA EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

- **Nombre de la entidad:** Hospital do Salnés.
- **Domicilio social** (incluido Código Postal): Ande Rubiáns, s/n 36600 Vilagarcía de Arousa (Pontevedra)
- **CCAA:** Galicia
- **Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:**
 - Nombre y apellidos: Lucía Varela Varela
 - E-mail: luciavarela_82@hotmail.com
 - Teléfonos: 653194917

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
X	Área de Salud (sector, distrito, comarca, departamento...)
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

1. Fecha de inicio: Abril 2008
2. Actualmente en activo: Sí
3. Prevista su finalización: No se prevee



6. LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación)	Participación de las mujeres en la toma de decisiones.
	Formación de profesionales.
	Investigación, innovación y difusión de buenas prácticas.

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La Declaración de Fortaleza (OMS, 1985) instó a revisar el modelo biomédico de atención a la gestación, el parto y nacimiento, caracterizado por una creciente medicalización y sobrevaloración de la tecnología en los países desarrollados (1). Presentó recomendaciones en las que se resaltaba la importancia de respetar el curso normal de dichos procesos, limitando las intervenciones a casos respaldados por la evidencia científica, y respetando el derecho de las mujeres a recibir una atención adecuada, sensible a sus necesidades y expectativas.

En España estas recomendaciones han tenido una lenta incorporación. Actualmente, la mayoría de la población y algunos profesionales sanitarios creen que no es posible dar a luz sin la ayuda de procedimientos e instrumentos técnicos.

La medicina basada en la evidencia pone de manifiesto que el uso inapropiado de la tecnología en el parto, lejos de aumentar la seguridad, ocasiona iatrogenia, incrementa la tasa de cesáreas y partos instrumentales e interfiere en el establecimiento del vínculo materno-filial (2). Algunas mujeres sí precisan esta ayuda (no sobrepasan el 10%, según la OMS) (3), pero lo que todas necesitan es intimidad, condición sin la cual el parto, un acontecimiento privado, no puede evolucionar fisiológicamente.

No es sencillo este avance desde la asistencia tradicional (con un fuerte arraigo en determinados colectivos) hasta la que actualmente proponen la OMS y el propio Ministerio de Sanidad, y reclaman muchas organizaciones de mujeres, como El Parto es Nuestro.

La asistencia al parto tiene que estar adaptada al cambio de los tiempos, no sólo en la vertiente científica, sino también en la faceta social, humana y familiar.



La constante actualización de los cuidados debe abandonar definitivamente las pautas no validadas por la medicina científica, así como aquellas otras que ya no son aceptadas por la sociedad actual. Igualmente en estos cuidados deben respetarse la autonomía personal de la mujer.

En 2007, el Consejo Interterritorial del SNS puso en marcha la Estrategia de Atención al Parto Normal (4). Al amparo de ésta, algunos hospitales españoles implantaron vías clínicas de atención al parto normal, y la Consellería de Sanidade de Galicia publicó la Guía Técnica del proceso de atención al parto normal y puerperio (diciembre de 2008) (5).

Las vías clínicas (VC) pueden considerarse versiones operacionales de las guías de práctica clínica; son planes de atención basados en la evidencia que intentan reducir la variabilidad injustificada en la práctica clínica y mejorar la calidad del proceso asistencial. Se emplearon por primera vez en sanidad durante los años ochenta en Estados Unidos, y en España han aparecido en los últimos 20 años (6).

Una vez implantada una VC, es necesario diseñar un sistema de seguimiento que permita conocer de forma objetiva su impacto y el modo en que ha mejorado la calidad de la atención, así como el grado de aceptación y cumplimiento por parte de los distintos profesionales encargados de ponerla en práctica (6).

Durante la búsqueda bibliográfica, hemos encontrado publicadas en España evaluaciones de VC sobre distintos procesos médicos o quirúrgicos (7-9), pero muy poca literatura científica sobre el desarrollo y la implantación de VC de atención al parto normal, a pesar de que dicho proceso representa un gran volumen de trabajo para el sistema sanitario.

La VC se basa en la autonomía de la matrona en el control del parto cuando éste evoluciona de forma normal (10,11). Pretende reducir el intervencionismo médico, aumentar el protagonismo y la satisfacción de las mujeres y sus parejas y potenciar que los futuros padres participen activamente en todo el proceso. Está enfocada a la atención al parto normal con mínima intervención (parto natural) de las gestantes de bajo riesgo que lo demanden, aunque incluye la humanización, en lo posible, de todos los nacimientos, incluyendo inducciones, cesáreas programadas o partos instrumentales.



OBJETIVOS

General: Evaluar el impacto y cumplimiento de la Vía Clínica de Atención al Parto y Nacimiento en el Hospital Comarcal de O Salnés.

Específicos:

- Aumentar el protagonismo, nivel de participación y satisfacción de las mujeres.
- Promover la humanización del proceso y la reducción del intervencionismo médico innecesario.
- Incorporar a la práctica clínica la evidencia científica disponible en la actualidad.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El programa se encuadra dentro de Estrategia de Atención al Parto Normal y Salud Reproductiva.

La Vía Clínica de Atención al Parto y Nacimiento objeto de valoración en esta memoria fue elaborada y consensuada por los Servicios de Ginecología y Obstetricia, Pediatría, Anestesia, equipos de Enfermería y Matronas del Hospital Comarcal de O Salnés en Vilagarcía de Arousa (Pontevedra).

El citado hospital forma parte de la Estructura Organizativa de Xestión Integrada (EOXI) Pontevedra – Salnés del Servicio Gallego de Salud (SERGAS). Se trata de un centro de Nivel 2 (>600 partos) hasta el año 2013, en el que desciende a un Nivel 1 (<600 partos), según la clasificación de centros basada en el volumen de partos atendidos.

La población diana a la que se dirige esta Vía Clínica son el total de mujeres en edad fértil del área de salud de la comarca del Salnés que comprende los municipios de Vilagarcía de Arousa, Ribadumia, Vilanova de Arousa, Cambados y Catoira, todos ellos en la provincia de Pontevedra y que ascienden a 17.000 mujeres. Todas aquellas mujeres que pertenezcan al EOXI Pontevedra-Salnés pueden solicitar que su parto sea atendido en nuestro centro y es así como la población diana se incrementa hasta 50.000 mujeres en edad fértil.



10. METODOLOGÍA

La Vía Clínica de atención al parto y al nacimiento fue implantada en el Hospital do Salnés en abril de 2008, al amparo del Plan de Atención Integral a la Salud de la Mujer de Galicia. En su elaboración participaron, como adelantamos en el punto anterior, matronas, ginecólogos, anestelistas, pediatras, enfermeras y auxiliares de enfermería. Posteriormente el grupo de matronas realizó revisiones en los años 2011, 2013 y 2015.

Previamente a su redacción se realizó una amplia búsqueda bibliográfica en bases de datos como Cochrane, Medline y Cinahl y se revisaron infinidad de artículos publicados en diversas revistas científicas, de tal modo que su contenido se ajustase a la evidencia científica actual.

Los datos analizados se obtuvieron del registro informático de partos del Hospital y del Servicio de Cita Previa. Se estudiaron resultados de los años 2007, es decir, el año previo a la implantación de la VC, 2008, año del inicio de su andadura, y 2014, 6 años después. De este modo pretendemos realizar una comparativa que nos informe sobre el impacto real del documento de consenso.

Todos estos datos extraídos se distribuyen en distintos aspectos objeto de análisis que son los que siguen: el inicio de parto, métodos de alivio del dolor, posición de parto, tipo de parto, episiotomías, participación mujer-pareja y atención al recién nacido.

11. EVALUACIÓN

• INDICADORES.

Todos los datos se obtuvieron del libro de registro electrónico de partos, a excepción del número de mujeres que acuden a la charla informativa grupal, dato facilitado por Cita Previa (Agenda de Matronas). Los indicadores evaluados en este proyecto son los siguientes:

- Porcentaje de partos eutócicos.
- Porcentaje de partos instrumentales.
- Porcentaje de cesáreas.
- Porcentaje de parto tras cesárea.



- Porcentaje de partos espontáneos.
- Porcentaje de partos estimulados.
- Porcentaje de partos inducidos.
- Porcentaje de cesáreas programadas.
- Porcentaje de asistencia a charla informativa grupal.
- Porcentaje de entrega de plan de parto.
- Porcentaje de uso de bañera en dilatación/expulsivo.
- Porcentaje de uso otros métodos no medicamentosos de alivio de dolor.
- Porcentaje de analgesia epidural.
- Porcentaje de partos en litotomía.
- Porcentaje de partos en posición vertical.
- Porcentaje de partos en otras posturas.
- Porcentaje de episiotomías.
- Porcentaje de pinzamiento tardío.
- Porcentaje de contacto piel con piel.

• **RESULTADOS.**

A continuación se muestran los resultados obtenidos en nuestro servicio:

Tabla 1: Comparativa tipos de inicio de trabajo de parto.

	2007 n(%)	2008 n(%)	2014 n(%)
Parto espontáneo	398 (67.57%)	462 (73%)	392 (70,88%)
Cesárea programada	41 (6.96%)	30 (4,8%)	35 (6,32%)
Inducción	150 (25.47%)	140 (22,20%)	127 (24,51%)

En cuanto al inicio del parto, se observa un aumento de los partos de inicio espontáneo a partir de la implementación de la Vía Clínica. En el año previo a la VC, solo el 67.57% de los partos se iniciaban de forma espontánea, frente al 73% en el año de su puesta en marcha.

Este dato se estanca en su evolución al alza y en el 2014 fue del 70.88%. El volumen de inducciones desciende en el 2008, pero igualmente la mejoría en este aspecto se percibe en menor medida en el pasado año con un 24.51% de partos inducidos. Asimismo, el porcentaje de cesáreas programadas es menor, pero empeora en el 2014 con respecto a los buenos datos obtenidos en 2008.

Tabla 2: Comparativa tipos de parto.

	2007 n (%)	2008 n (%)	2014 n (%)
Parto eutócico	362 (61,60%)	443 (70%)	366 (66,18%)
Parto instrumental	78 (12,20%)	71 (11,20%)	85 (15,37%)
Cesárea	149 (26,20%)	119 (18,80%)	100 (18,08%)
Parto tras cesárea	21 (36,20%)	67 (58,70%)	33 (55,93%)

Desde el año anterior a la VC se incrementa el porcentaje de partos vaginales eutócicos, que pasa de un 61.6% en 2007, a un 70% en 2008, para descender de nuevo en 2014 a un 66.18%. Respecto a las cesáreas, en la actualidad se mantiene el porcentaje alcanzado en el año 2008, en torno al 18%, que supuso un descenso del 8% con respecto al 2007(26.20%), previo a la implantación de la Vía Clínica.

El descenso del número total de partos en los últimos años es una realidad que se aprecia más notoriamente en hospitales comarcales como el nuestro. En el año 2007 hubo 589 partos; en 2008, 663 y finalmente, en 2014 descendió por debajo de los 600, concretamente 553 partos. Creemos que este descenso de la muestra está detrás del estancamiento en la mejora de los resultados. En este sentido, podemos citar como ejemplo el año 2011, con un total de 701 partos y en el que el porcentaje de partos eutócicos fue del 74%, y el de cesáreas del 13.27%.



Un dato que merece una mención especial es que entre un 22,5% y un 19,7% (en 2008 y 2014 respectivamente) más, de las mujeres con una cesárea previa consiguen un parto vaginal después de la implantación de la Vía Clínica.

Los partos que necesitan instrumentación se mantienen estables a lo largo de los años, dato importante, ya que muestra que el descenso de cesáreas no fue a expensas del incremento de los partos instrumentales.

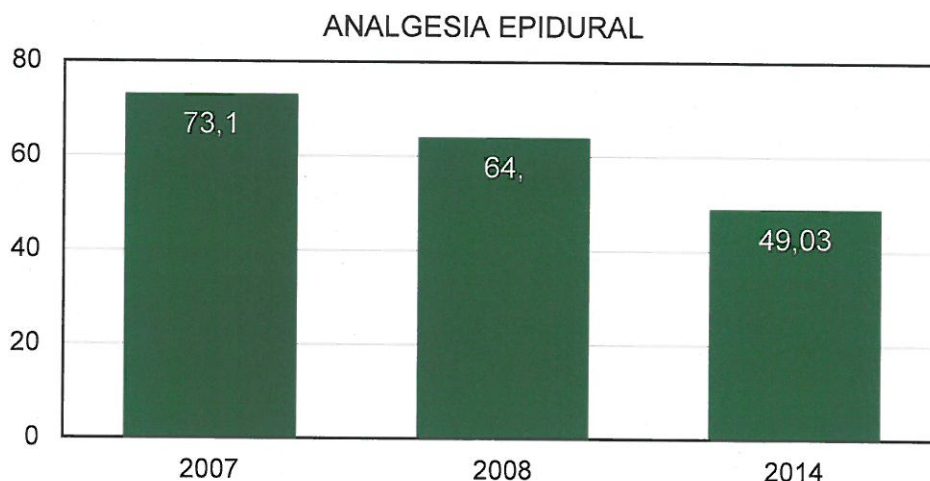
Tabla 3: Toma de decisiones informadas.

	2008 n(%)	2014 n(%)
Charla informativa	360 (56,8%)	494 (89,33%)
Entrega de Plan de Parto	313 (49,4%)	470 (84,99%)

Desde la implantación de la Vía Clínica se organizan en nuestro Hospital dos charlas mensuales para todas aquellas mujeres entorno a la semana 32 de gestación que deseen parir en nuestro centro. Esta charla tiene como objetivo que conozcan nuestra filosofía de atención al parto y nacimiento, ofrecerles información acerca de las distintas opciones de las que disponen en el hospital y animarlas a presentar un plan de parto. Este documento ha de ser consensuado con la matrona en una consulta individualizada a la que acudirán más o menos un mes antes de la fecha probable de parto. Con ambas acciones, charla grupal y consulta individualizada, se pretende una mayor participación de la mujer y sus familias en la toma de decisiones y un mayor acercamiento por nuestra parte a sus expectativas y deseos.

Este incremento del protagonismo de la mujer y su pareja, quizá sea el ítem que más se ha incrementado en números absolutos, ya que tanto la charla informativa grupal, como la posterior entrega del plan de parto en la consulta individual con la matrona han duplicado prácticamente sus resultados desde el primer año de la andadura de la Vía Clínica (año 2008).

Gráfico 1 : Comparativa uso de analgesia epidural.

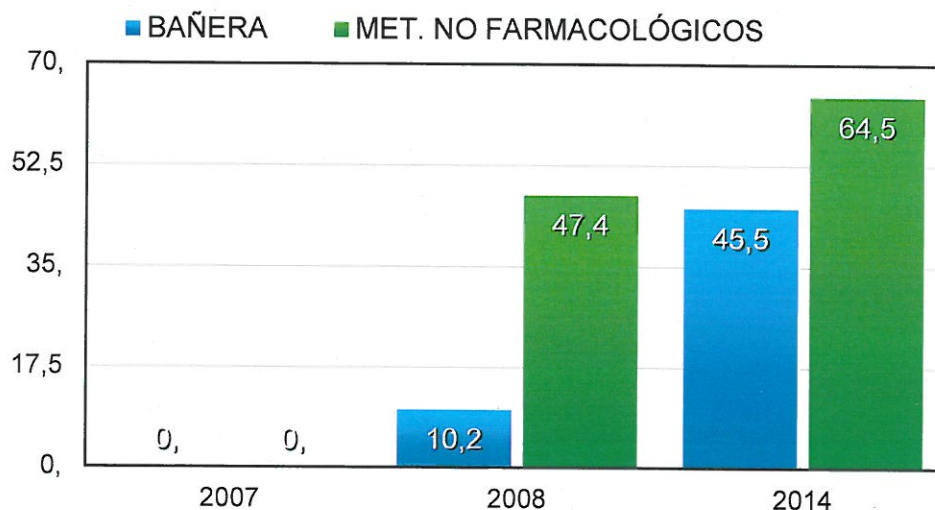


En cuanto a la analgesia epidural, se observa un descenso en su uso, en beneficio del uso de métodos no medicamentosos de alivio del dolor, aspecto que valoraremos más adelante.

Se puede observar, que este dato ya es favorable en el año de inicio de la VC y ha seguido siendo incluso más favorable a lo largo de los últimos años.

Es importante señalar aquí que todas las mujeres embarazadas a las que se les presta asistencia en el momento del parto en nuestro centro, han sido informadas previamente en consulta pre-anestésica sobre aspectos que tienen que ver con esta técnica y han recibido también mucha información acerca de otros métodos de alivio del dolor en las consultas de sus matronas de atención primaria y en las charlas grupales organizadas en el hospital.

Gráfico 2: Comparativa uso de métodos no medicamentosos de alivio del dolor.



Los métodos no medicamentosos de alivio del dolor durante el parto pretenden ayudar a las mujeres a relajarse, aliviar el dolor de las contracciones y sentirse seguras, mejorando su bienestar. La evidencia científica reflejan los beneficios de estos métodos y también las diferentes alternativas que se le pueden ofrecer a las mujeres.

En el anterior gráfico podemos ver el incremento en el uso de estos métodos de alivio del dolor no farmacológicos a lo largo de estos años tras la implantación de la VC, que crece desde un 47,4% en el 2008 al 64,47%. Destaca de forma importante el incremento del uso del agua como alternativa en el alivio del dolor (45,5% de 2014 frente al 10,20% de 2008).

Tabla 5: Posición del parto.

	2007 n(%)	2008 n(%)	2014 n(%)
Litotomía	358 99,00%	159 25,10%	63 17,21%
Otras posturas	0 0% Verticales 0%	473 74,80% Verticales 27,70%	317 86.6% Verticales 19,39%

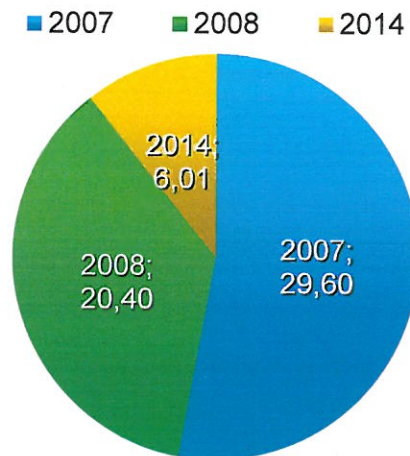
En el año 2014 se observa un descenso de expulsivos en posición de litotomía (17,21%) frente al elevado porcentaje del año 2007 (95%). Este descenso se hace a expensas de un aumento significativo del uso de otras posturas en el período expulsivo.

La libre elección de postura por parte de la mujer en este momento del parto ofrece innumerables ventajas, como el acortamiento del segundo período del parto, disminución del dolor y necesidad de analgesia, disminución de partos instrumentales y cesáreas, menos patrones anómalos de la frecuencia cardíaca fetal, disminución del porcentaje de episiotomías y aumento de la satisfacción materna. Todos estos beneficios están recogidos en la bibliografía consultada y constituyen una recomendación de la OMS, del Ministerio de Sanidad en su Estrategia de Atención al Parto Normal o asociaciones profesionales como la FAME.

El porcentaje de posturas verticales ha descendido en el año 2014 con respecto al 2008 (19,39% frente a 27,70%).

Éste es, por tanto, un aspecto en el que debemos centrar nuestros esfuerzos, fundamentalmente una labor informativa y de educación de la población. En nuestro medio estas posturas son menos habituales puesto que las mujeres a lo largo de los años se han “amoldado” a las demandas de los sanitarios en su afán de medicalización del parto. En áreas subdesarrolladas, donde las mujeres no han experimentado esta influencia y las posturas son más producto del instinto, se tiende más a la verticalización y son mucho más frecuentes posturas de pie, de rodillas,...

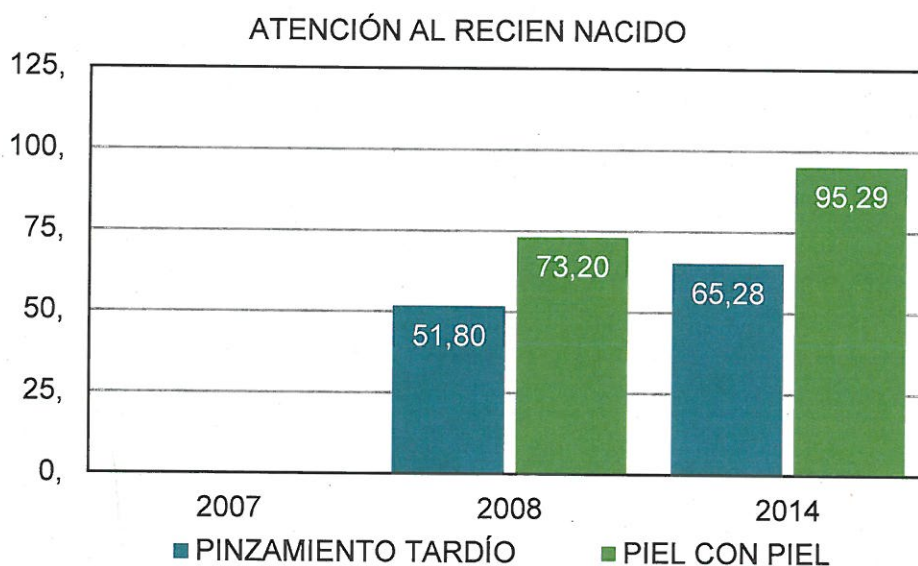
Gráfico 3: Episiotomías



La Organización Mundial de la Salud (OMS) apoya un uso restringido de la episiotomía. Según sus recomendaciones, la episiotomía sería necesaria en menos del 30% de los partos eutócicos.

Como se puede ver en el gráfico anterior, nuestros resultados son realmente favorables en este sentido ya que el porcentaje de episiotomías desciende desde el 29,6% en el 2007 hasta el 6% en el 2014.

Gráficos 4 y 5: Atención al recién nacido.



El pinzamiento tardío del cordón umbilical y el contacto piel con piel mejoran la adaptación fisiológica del recién nacido al nuevo entorno, describiéndose en la evidencia científica beneficios como reducción de la probabilidad de transfusión feto-materna, incremento de los niveles de hemoglobina y depósitos de hierro en el neonato con una reducción de la anemia durante la infancia, mejor adaptación cardiopulmonar, fomento del vínculo afectivo e incremento de la duración de la lactancia.

En el año 2014 se realizó contacto piel con piel en una amplia mayoría de los casos (95,25%) frente al 73,20% en el año 2008. Respecto al pinzamiento tardío, se observa también una notable mejoría en los resultados, puesto que solo se realizó en un 51,8% de los partos del año 2008, en comparación con el 65,28% de los del 2014.

12. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las Vías Clínicas son una poderosa herramienta para la incorporación a la práctica clínica de la evidencia científica, la coordinación entre equipos multidisciplinares, minimizando la variabilidad interesada en la atención, y la mejora en la calidad y la efectividad de la asistencia que prestamos en nuestro día a día.



Su elaboración precisa de un esfuerzo importante por parte de los profesionales, de una amplia búsqueda bibliográfica, de un ejercicio de consenso que no siempre es sencillo por la pobre cultura del trabajo en equipo que existe en nuestro país y que es fundamental en la redacción e implantación de este tipo de documentos, y de un compromiso de revisión y actualización.

La Vía Clínica de Atención al Parto del Hospital del Salnés aúna los esfuerzos de matronas, ginecólogos, pediatras, anestesistas y personal de enfermería que, en un afán de humanizar el parto y nacimiento y fomentar el empoderamiento de la mujer en el proceso, consiguieron elaborar y poner en marcha este instrumento que ahora, tras 6 años desde su implantación, evaluamos en esta memoria, con la intención siempre de examen de conciencia y compromiso de mejora.

En este ejercicio de revisión constatamos realidades tan alentadoras como el mayor protagonismo de las madres, que se refleja en un aumento importante en el volumen de mujeres que acuden a las charlas informativas y se animan a entregar un plan de parto.

La racionalización en el uso de la tecnología en el proceso es también evidente, por ejemplo, con el hecho objetivado de un aumento progresivo de la utilización de métodos de alivio del dolor no farmacológicos, un incremento importante en el uso de la bañera y un descenso en el volumen de solicitudes de analgesia epidural.

También se hace patente un menor intervencionismo y un mayor respeto a la fisiología del parto. Así, desciende el número de partos en posición de litotomía y se incrementa el uso de otras posturas en el expulsivo.

Nuestra práctica clínica actual se ajusta más en determinados parámetros a las recomendaciones que nos acercan organismos internacionales y la evidencia científica, tales como el porcentaje de episiotomías, que desciende considerablemente, el pinzamiento tardío de cordón umbilical, que sube de forma notable o el contacto piel con piel precoz, que alcanza una cobertura muy amplia en el año 2014 (>95%).

Promover la verticalidad en las posturas del expulsivo, descender el porcentaje de cesáreas para acercarlo a las recomendaciones de la OMS, ajustar el número de inducciones de parto y mejorar el porcentaje de partos eutócicos son alguno de los aspectos hacia los que debemos dirigir nuestra atención.



Evaluaciones como ésta y las actualizaciones periódicas que se realizan sobre la VC nos permiten conocer aquellos puntos débiles de nuestra atención en los que precisamos de nuevos enfoques o mayor dedicación.

Nuestros resultados, sin duda, han mejorado en multitud de aspectos diferentes en los últimos años; por ello, desde nuestra experiencia, no podemos dejar de recomendar el uso de vías clínicas en el ámbito de la atención al parto y al nacimiento. Su elaboración, puesta en marcha y revisión comporta esfuerzo y dedicación, pero mejorar la calidad de los servicios prestados a las madres, sus bebés y familias merece todo nuestro tiempo y afán. Las áreas de Obstetricia de los hospitales están en un momento de profundo cambio, un cambio promovido fundamentalmente por la sociedad y que nosotros profesionales hemos de acompañar y sumar nuestras energías y las suyas en pro de una maternidad respetada y responsable. En este proceso de cambio hacia la humanización y el respeto a la fisiología, a la evidencia científica y a las expectativas de madres y familias, las Vías Clínicas se consolidan como un apoyo fundamental.

BIBLIOGRAFÍA:

1. OMS. Appropriate technology for birth. *Lancet*. 1985; 2 (8.452): 436-7.
2. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria. Estrategia de Atención al Parto Normal del Servicio Cántabro de Salud; 2007.
3. OMS. Having a baby in Europe, report on a study. *Public Health Rev*. 1986; 14(3-4): 255-383.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de Atención al Parto Normal en el Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Consumo; 2007.
5. Xunta de Galicia. Guías Técnicas do Plan de Atención Integral á Saúde da Muller. Guía técnica do proceso de atención ó parto normal e puerperio. Xunta de Galicia; 2008.
6. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Calidad Asistencial*. 2001; 16: 199-207.
7. Hernández S, García J, Jiménez C, Escuin F, Mahillo B, Herruzo R. et al. Resultados e impacto de una vía clínica para trasplante renal tras un año de desarrollo. *Calidad Asistencial*. 2003; 18: 9-19.
8. Martínez DA, Aguayo JL, Morales G, Aguirán LM, Illán F. Impacto de una vía clínica para el pie diabético en un hospital general. *An Med Interna*. 2004; 21(9): 450-5.



9. Gutiérrez D, Lozano FJ, Díez P, Ardela D, García A, Domínguez V. Apendicitis aguda. Utilidad de una vía clínica basada en la evidencia. Cir Pediatr. 2002; 15(4): 156-61.
10. Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. Artículo 40. L 255/44.
11. Real Decreto 1837/2008, de 8 de noviembre, por el que se incorporan al ordenamiento jurídico español la Directiva 2005/36/CE, del Parlamento Europeo y del Consejo, de 7 de septiembre de 2005, y la Directiva 2006/100/CE, del Consejo, de 20 de noviembre de 2006, relativas al reconocimiento de cualificaciones profesionales. BOE 280: 46.205.
12. Iniciativa Parto Normal. Documento de consenso. FAME. Federación de Asociaciones de Matronas de España.

En cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que los datos facilitados en la ficha podrán ser incorporados al buscador o plataforma de difusión diseñada para difundir las experiencias seleccionadas y clasificadas como Buenas Prácticas en el Sistema Nacional de Salud. Por tanto, al rellenar esta ficha, se da consentimiento institucional para que los datos recogidos en la misma sean recopilados y procesados para ser incluidos en la base de datos que alimente el buscador o plataforma de difusión a través de la página Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.