

La "Cartera de Servicios" de Pediatría en Atención Primaria: una revisión crítica

Paloma Hernando Helguero

Pediatra. Directora Médico de Atención Primaria. Área 8. INSALUD. Madrid

Resumen

Se realiza una revisión crítica, de los servicios orientados al niño, en la actual Cartera de Servicios de los centros de Atención Primaria dependientes del Insalud, atendiendo a dos aspectos:

1. ¿Qué actividades están incluidas en la Cartera de Servicios y cuales deberían estar?. Dentro de las actividades preventivas, la gran mayoría de las recomendadas están contempladas. Se exponen las razones para incluir la valoración de la hipoacusia en menores de 2 años, las recomendaciones para la prevención de la muerte súbita del lactante, la prevención del maltrato infantil y la disminución del tabaquismo pasivo. El gran ausente de la actual cartera es el adolescente. Se revisan las actividades recomendadas para esta etapa. Se comentan las dificultades para incluir la evaluación de patologías agudas y crónicas en la Cartera de Servicios.

2. ¿La actual cartera de servicios es útil para los pediatras y/o para los gestores sanitarios? Para los pediatras la evaluación de su actividad es imprescindible. Los gestores sanitarios necesitan herramientas para evaluar el "producto" de cada centro, para incentivar según resultados. Los objetivos de los gestores y de los profesionales no siempre son compatibles. Solo se conseguirá una verdadera mejora de la calidad con la participación e implicación de los profesionales. Los gestores deberían simplificar la evaluación del producto y exigir a los profesionales la realización de proyectos internos de mejora que, siendo coherentes con los objetivos de la organización, respondan a los intereses y necesidades de los profesionales y los pacientes.

Palabras clave: Cartera de servicios. Atención Primaria.

Abstract

We present a critical review of the child addressed services of current Assessment Services in Insalud dependent Primary Health Care Centres pointing to two aspects:

1. What activities are included in the Assessment Services and what should be there?. Most of the recommended preventive activities are dealt with. We explain the reasons to include hearing evaluation of children under two, recommendations to prevent sudden infant death, prevention of child abuse and reduction of passive smoking. The great absent of current assessment is the adolescent. We revise the activities for this period. We discuss the difficulties to include acute and chronic conditions in the Assessment Services.

2. Is current Assessment Services useful to paediatrician and/or to sanitary managers? As far as paediatricians is concerned, the evaluation of their activity is essential. Sanitary

managers need tools to evaluate the "product" of each centre in order to incentivate according to the results. The objectives of managers and professionals not always are compatible. It is only possible a real improvement in quality with the participation and the involvement of the professionals. Managers should make easy the evaluation of the product and require the professionals the realisation of internal projects of improvement that, being coherent with the objectives of the organisation, give response to the professionals and patients interests and necessities.

Key Words: Assessment services. Primary Care.

Introducción

Desde 1984, año en que se inicia la reforma de la Atención Primaria (AP) en España, la incorporación de los Pediatras a los Equipos de Atención Primaria (EAPs) impulsa la creación de los Programas de Atención al Niño Sano que son el primer intento reglado de realización de actividades preventivas y/o de detección precoz de patología, orientadas a la población infantil.

En 1991, el INSALUD, agrupa una serie de actividades que se realizan en los centros de salud en unos procesos determinados que constituyen la Cartera de Servicios (CS)¹. En estos servicios se recogen tanto actividades preventivas como educativas, o de atención a problemas crónicos, existiendo una ponderación de cada actividad en relación con el esfuerzo y dedicación que supone mantener a una persona en ese determinado proceso. Inicialmente se proponen unos indicadores de cobertura (% de población incluida en un determinado servicio sobre la población suscepti-

ble de estar incluida) y de proveedores (quienes realizan estas actividades). Durante 1992 y 1993, a través de grupos de trabajo constituidos por profesionales de los EAPs, se inicia la elaboración de los criterios de calidad que se deben cumplir para cada actividad incluida en los servicios (las Normas Técnicas Mínimas, hoy sólo Normas Técnicas). Además, por técnicas de consenso, se asigna a cada servicio un peso específico en comparación con el resto (valor Técnico). Probablemente, esos años son los que hubo una mayor participación de los profesionales en definir lo que hoy es la cartera de servicios de los centros dependientes del INSALUD.

La evaluación de estas actividades permitiría obtener el "producto" de cada centro. La suma de las coberturas, ponderadas por su valor técnico, nos da el primer componente del producto. El segundo componente lo da el resultado de la evaluación de las Normas Técnicas.

En 1993 aparece el primer manual de procedimientos y se realiza la primera

evaluación, tanto de cobertura como del cumplimiento de estos criterios mínimos de calidad, a partir de las Historias clínicas o Registros específicos. Por primera vez, todos los centros de salud dependientes de INSALUD realizan una evaluación de su actividad, o de parte de ella, con una metodología común. La implantación de la cartera de servicios contribuyó muy positivamente al desarrollo y generalización de la Historia Clínica y a la implantación y evaluación de los programas de salud en todos los centros.

Desde entonces, ¿cuáles han sido los principales problemas y soluciones que ha planteado la implantación y evaluación de la Cartera de Servicios?

¿Qué actividades están incluidas en la Cartera de Servicios de Atención Primaria en Pediatría, en la actualidad, y cuáles deberían estar?

Actividades preventivas y de promoción de la salud

Dentro del bloque de atención al niño, se contemplan los siguientes servicios: Vacunaciones, Revisión del niño de 0 a 24 meses, de 2 a 5 años y de 7 a 14 años, Prevención de la caries infantil y Educación para la salud en la escuela (actualmente llamado Información Sanitaria en la Escuela). Dentro del bloque

de atención al adulto, pero incluyendo la población pediátrica en la población diana están los servicios de Vacunación de Hepatitis B y Vacunación antigripal, ambas dirigidas a grupos de riesgo, y los servicios de Educación a grupos de pacientes crónicos.

Revisando las recomendaciones del PAPPS² y de la U.S. Preventive Service Task Force³ la gran mayoría de las actividades recomendadas están incluidas en CS, excepto:

- la valoración de la hipoacusia en los menores de 2 años,
- las recomendaciones para la prevención de la muerte súbita del lactante,
- la identificación de factores de riesgo para la ferropenia,
- la prevención del maltrato infantil
- y, dentro de las recomendaciones para la prevención de enfermedades cardiovasculares en la infancia, no está incluídas en las recomendaciones de los servicios orientados al niño, la recomendación de ejercicio, el cribado de hipercolesterolemia en niños con riesgo por sus antecedentes familiares, ni los consejos sobre la disminución del tabaquismo (pasivo ni activo).

De todas estas, una de las omisiones más importante es la de la valoración

precoz de la hipoacusia (aunque sí esta incluida dentro de la Normas Técnicas del Servicio de Revisión de niños de 2 a 5 años). La hipoacusia es una entidad tratable y los resultados del tratamiento, en términos de incorporación a la sociedad por parte de los niños afectados, depende, en buena manera, de lo precoz del diagnóstico. Actualmente se detecta la sordera congénita, como promedio a los 2 años, cuando la identificación debería ser hecha antes de los 3 meses, con intervención desde los 6 meses. En ausencia de un programa de cribado universal, la Comisión para la Detección Precoz de la Hipoacusia (CODEPEH), constituida por representantes de la Asociación Española de Pediatría (AEP), de la Sociedad Española de Otorrinolaringología, la federación es-

pañola de Asociaciones y Amigos de los sordos (FIAPAS) y representantes del Insalud, recomienda⁴ la implantación en España de un Programa homogéneo de detección precoz de la hipoacusia en niños con factores de riesgo (Tabla I), asegurando la realización de pruebas objetivas de audición en estos niños. Sin embargo, en una encuesta realizada por la CODEPEH⁵ sólo el 1 % de los pediatras afirmaban estar colaborando habitualmente en la detección precoz de la hipoacusia. Para la población sin indicadores de riesgo, la detección precoz debe basarse en un alto grado de sospecha, en preguntas sistemáticas sobre audición en los controles de salud, en la exploración de la reacción al sonido y en el seguimiento de la adquisición del lenguaje verbal.

Tabla I. Factores de riesgo para hipoacusia⁴

- 1) Antecedentes familiares de hipoacusia
 - 2) Infección perinatal
 - 3) Malformaciones de cabeza o cuello
 - 4) Peso al nacimiento inferior a 1.500gr.
 - 5) Meningitis bacteriana
 - 6) Hiperbilirrubinemia con exanguinotrasfusión
 - 7) Apgar menor de 4 al minuto o de 6 a los 5 minutos
 - 8) Ausencia de respiración espontánea a los 10 minutos de vida o hipotonía a las 2 horas
 - 9) Tratamiento con medicación ototóxica
-

La prevención del Síndrome de la muerte súbita del lactante, con una prevalencia en España de 1-2 /1000 recién nacidos vivos, se basa en evitar los factores que se han asociado con este síndrome.

Los factores que explican el 79% de los casos son:

- el tabaquismo materno,
- la posición en decúbito prono durante el sueño y
- la lactancia artificial. En Navarra⁶ la mortalidad por muerte súbita infantil ha descendido el 65 % desde 1993, coincidiendo con un abandono masivo de la postura en decúbito prono durante el sueño.

En relación con la prevención del maltrato infantil se aconseja⁷ identificar precozmente a la población pediátrica expuesta a situaciones de riesgo y/o que presenten signos de alerta. La obligatoriedad de intervención y notificación de todas las situaciones de riesgo o posible desamparo de un menor, esta especificada en la Ley Orgánica 1/1996 que constituye un amplio marco jurídico de protección a la infancia.

No hay suficiente evidencia para recomendar la detección rutinaria de los niveles de colesterol en niños ni adolescentes³. Solo en los niños con una historia familiar de hipercolesterolemia, enfer-

medad coronaria precoz (antes de los 50 en varones o antes de los 60 en mujeres) en familiares de primer grado, o factores de riesgo mayores para enfermedad coronaria, la determinación de colesterol puede ser recomendada. En estos niños la recomendación se basa en el mayor riesgo que para ellos tienen los valores elevados de colesterol y en los beneficios potenciales, a largo plazo, que en ellos puede tener una intervención dirigida a cambios precoces del estilo de vida.

La morbimortalidad relacionada con el tabaquismo pasivo⁸ no solo tiene efectos cardiovasculares nocivos sino que produce patología del desarrollo (bajo peso al nacimiento y muerte súbita infantil), tiene efectos carcinógenos demostrados (cáncer de pulmón y cavidad nasal) y hay evidencia suficiente para establecer una relación causal en algunas enfermedades respiratorias en niños.

Todas estas actividades preventivas deberían incluirse en los servicios de revisión del niño.

Sin embargo, el gran ausente de la actual cartera de servicios es el adolescente. Todos los pediatras son conscientes de la necesidad de una revisión periódica del niño pequeño, no sólo para valorar su desarrollo y detectar patología sino para ofrecer a los padres una guía previsor de cuidados del niño. Debemos hacer

hincapié en la necesidad de ofrecer a los adolescentes y a sus padres una gama completa de servicios preventivos, para reforzar y estimular conductas que favorezcan estilos de vida saludable, para detectar problemas físicos, emocionales y conductuales en etapas tempranas, para proporcionar guías que prevengan conductas de riesgo. Además, tanto los adolescentes como sus padres, expresan la creencia de que los médicos pueden ayudarles en sus problemas y que son fuentes de información dignas de crédito.

El adolescente no es un niño y la entrevista con él fracasará si se hace exclusivamente a través de los padres, pero no tiene las habilidades de toma de decisiones propias de un adulto por lo que el médico debe proporcionarle apoyo y guía adecuada. En la actualidad la edad pediátrica llega, como máximo, hasta los 14 años, al igual que las revisiones orientadas al niño en la cartera de servicios. Deberíamos incluir un servicio de revisión de los pacientes de 11 a 18 años (sustituyendo el tramo de 6 a 14 años, por otro que incluya los niños de 6 a 10 años). Desde las Sociedades de Pediatría se está abogando porque la edad pediátrica llegue hasta los 18 años. Es posible que los adolescentes y sus padres sean los que deban elegir el profesional médico que los atienda durante la adolescencia.

Las recomendaciones de las Guidelines for Adolescent Services (GAPS)⁹ recomiendan visitas clínicas anuales de los 11 a los 21 años. Dos de estas visitas, una en la adolescencia temprana (entre 11 y 14 años) y otra en la media (de 15 a 17 años) se orientarán a los padres. En el resto debe primar la entrevista, confidencial, y a solas, con el adolescente¹⁰. Sólo recomiendan examen físico en tres de estas once visitas. Estas entrevistas pueden realizarse durante cualquier visita rutinaria, por otra causa, a la consulta. Hasta el 70 % de los adolescentes consultan, al menos una vez al año, de forma espontánea, por otro problema.

La recogida de información sobre dieta y conducta alimentaria, sobre conducta sexual, antecedentes de embarazo no deseado y enfermedades de transmisión sexual (ETS), sobre consumo de tabaco¹¹, alcohol y otras drogas¹², nos permitirá aconsejar y orientar a los adolescentes sobre hábitos saludables y anticoncepción y prevención de ETS¹³.

Las actividades recomendadas se resumen en la Tabla II.

Patologías agudas

A pesar de que dos tercios de la actividad de los pediatras se orienta a la atención de patologías agudas, el único servicio que parcialmente evalúa es-

ta actividad es el servicio consulta. La definición de la cobertura de este servicio es: % de niños de 0 a 14 años cuya Historia Clínica tiene algún registro en el último año. Este servicio pretende fundamentalmente valorar la cobertura asistencial de los pacientes que acuden a consulta a demanda con Historia Clínica y conocer la utilización de la misma.

Durante 1998 se ha realizado, en algunos centros del INSALUD, un estudio

piloto de evaluación de la atención a patologías agudas. Se han auditado las historias clínicas (HC) seleccionadas para la evaluación del servicio consulta.

Las patologías seleccionadas fueron: Infección respiratoria aguda, Otitis agudas, Infección del tracto urinario, Gastroenteritis agudas, Dolor abdominal y Traumatismos. Para cada una de ellas se definieron los criterios mínimos de calidad. Aunque las patologías seleccionadas, al menos por su incidencia, parecen

Tabla II. Resumen de las actividades recomendadas en las "Guidelines for Adolescent Services" (GAPS)⁹

Actividad	Perioidad	Contenido
Anamnesis y Consejo	Anual	Dieta (incluyendo preguntas sobre conducta alimentaria) y actividad física. Conducta sexual, incluyendo antecedentes de embarazo no deseado y enfermedades de trasmisión sexual (ETS) e información sobre anticoncepción y prevención de ETS. Consumo de tabaco, alcohol y otras drogas. Prevención de accidentes. Desempeño escolar, depresión y riesgo de suicidio.
Exploración	Una vez en cada etapa de la adolescencia	Peso, Talla, Tensión arterial.
Pruebas complementarias	Sólo si tiene antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular o hiperlipemia temprana. Si tiene actividad sexual	Determinación de colesterol. Pruebas de detección de gonorrea, clamidias, sífilis y HPV, detección de HIV (sólo si hay alto riesgo de infección) y Papanicolau.

correctas, el principal problema encontrado fue que, al evaluarse a partir de las HC seleccionadas del Servicio consulta, y a pesar de poder seleccionarse en cada HC todos los procesos distintos que, con los diagnósticos anteriores, hubiera tenido cada niño en el último año, la muestra obtenida para cada patología fue claramente insuficiente para sacar conclusiones. Por ejemplo, en el estudio piloto realizado en un Centro de Salud del Área 8 de Madrid, de las 150 HC seleccionadas para evaluar el servicio consulta (muestra necesaria para un margen de confianza del 7%), solo tenían algún registro, en el último año, 115. En 48 de estas historias clínicas, el motivo de consulta no era ninguno de los seleccionados para la evaluación de patologías agudas, por lo que finalmente se evaluó, en ese EAP 5 dolores abdominales, 9 gastroenteritis agudas, 1 infección urinaria, 18 otitis agudas y 62 infecciones respiratorias. Probablemente, en varias de estas patologías no podríamos tener resultados valorables ni siquiera a nivel de área, auditando a partir del servicio consulta. Sólo podríamos seleccionar muestras representativas si se seleccionaran las HC a evaluar a partir de registros específicos de cada patología. En la actualidad, es imposible llevar registros de morbilidad de patologías agudas. Probablemente, tendremos que esperar

para incluir la evaluación de las patologías agudas en la cartera de servicios, hasta que se realice la informatización de las Historias Clínicas en los Centros de Salud.

Patologías crónicas:

En la actualidad, la población pediátrica sólo está incluida en el denominador de cobertura de la atención a pacientes terminales. ¿Qué patologías crónicas tienen una prevalencia que justifique su inclusión? ¿Cómo definir los casos esperados? ¿Que criterios de calidad habría que establecer? ¿hay registros específicos de estas patologías? El campo es enorme, pero está poco maduro para incluir patologías crónicas en la Cartera. Solo se incluirá la evaluación de patologías crónicas en los niños en la Cartera de Servicios si a los pediatras les interesa.

¿La actual cartera de servicios y su evaluación, es útil y beneficiosa para los pediatras y para los demás profesionales sanitarios que atienden niños y/o para los gestores sanitarios?

La cartera de servicios debería ser un instrumento fundamental para los pediatras. Nos permite saber a que población llegamos (cobertura) y con que calidad. La cartera y su evaluación deben

ser consideradas un instrumento de mejora.

Sin embargo, la realidad es que en ocasiones se tiene la impresión de que la cartera sólo es un instrumento de gestión y que es un fin en si misma (sistemas de registro diseñados para quedar bien en cartera y no para atender mejor a los niños).

Alguno de los motivos que pueden explicar esto son:

- sólo se mide parte de las actividades que se realizan,
- hay mucho trabajo y la evaluación de la cartera de servicios se ve como una sobrecarga,
- no se realizan intervenciones posteriores para mejorar la calidad,
- sólo se evalúa el proceso pero no los resultados (no medimos mejoras en morbilidad ni mortalidad ni siquiera en términos de un mejor control de los problemas que se abordan; por ejemplo disminución de las ambliopías o de la caries...),
- los resultados de la evaluación de Normas Técnicas tienen validez a nivel de área, lo que disminuye su apreciación como propios y por tanto es fácil considerar que son actividades a mejorar por otros.
- si la evaluación se realiza por auditores externos al EAP también el

grado de implicación es menor y la tendencia es a disminuir la credibilidad de la evaluación.

Probablemente, para ser considerado por los pediatras como un auténtico instrumento de mejora es necesario incrementar su protagonismo y participación en su diseño y evaluación y simplificar la evaluación como instrumento de gestión.

Para los gestores sanitarios la cartera es un instrumento de medición del producto sanitario. La dificultad de medir el "nivel de salud" (al fin y al cabo todas las actividades sanitarias tienen como fin o resultado la salud) hace que en la práctica se realice una evaluación del trabajo en términos de procesos intermedios que expresen las actividades realizadas¹⁴. Esta medición de actividad es la más fácil de hacer y quizás la única posible para evaluar resultados a corto plazo.

Otra dificultad añadida para evaluar las intervenciones en salud es la escasa coordinación entre los centros asistenciales y los servicios de Salud Pública.

Como principales limitaciones de la cartera de servicios para medir el producto tenemos^{15,16}:

1.- No mide todas las actividades que se realizan. Como hemos visto no están incluidas la atención a patologías agudas ni patologías crónicas de alta preva-

lencia y con importante consumo de tiempo y recursos. Tampoco mide otros aspectos de la calidad como la satisfacción del usuario, accesibilidad, eficiencia, resultados...

2.- ¿Se mide igual en todas partes? ¿Permite comparar distintos centros? Por primera vez en 1998 se ha definido y unificado para todos los centros los criterios de inclusión en cada servicio. Medir todos lo mismo es el primer paso para comparar. Aunque en algún servicio los criterios de inclusión definidos son discutibles, al menos están establecidos.

Sin embargo, otro problema para comparar es lo que no se mide: tiempo de funcionamiento, presión asistencial, población asignada por pediatra, frecuentación de la población, nivel socioeconómico de la zona básica...

La existencia de múltiples evaluadores requiere consenso previo. Durante 1997 y 1998 se han realizado, en distintos centros del INSALUD, estudios de fiabilidad del método de evaluación de las Normas Técnicas de Cartera. Estos estudios consisten en ver la concordancia en la evaluación de las mismas HC realizado por observadores independientes. Los resultados de la evaluación de 1998¹⁷, realizada tras la inclusión de las modificaciones y aclaraciones de las Normas que se vieron necesarias en el

estudio anterior, son claramente mejores. El análisis se ha realizado mediante el cálculo del índice de Kappa ponderado según el método Fleiss para cada norma y el Kappa para cada dos observadores. El kappa se considera excelente si es mayor de 0.75 y aceptable entre 0.40 y 0.75. En 1998 los kappa han sido superiores a 0.75 en los servicios consulta y revisión del niño de 2 a 5 años, de 0.618 en el servicio de revisión del niño de 0 a 23 meses y de 0.712 en el servicio de revisión del niño de 6 a 14 años.

3.- ¿Quién realiza la evaluación?

La auditoría para ser valorada como instrumento de gestión debería ser externa. La evaluación interna tiene sesgos de selección y de observación. La externa, sin embargo hace más difícil que los profesionales se enteren de los resultados, se impliquen y pongan medidas correctoras.

4.- ¿Conocemos con exactitud los denominadores de cobertura: población a quien va dirigida cada servicio?

Hasta que en 1996 no se completó la cobertura de la población con Tarjeta Sanitaria Individual (TIS), conocer con exactitud la población asignada, por tramos de edad, a cada médico y/o equipo era imposible y por tanto los indicadores de cobertura poco fiables.

Actualmente, aunque tenemos que estimar cada año la población de 0 a 12 meses, podemos conocer los denominadores de cobertura de los servicios que se dirigen a todos los niños de un determinado tramo de edad, con exactitud. Sigue siendo un problema los pacientes sin TIS, fundamentalmente pacientes de empresas colaboradoras, (aunque el contrato de gestión 1999 contempla que tengan TIS a lo largo del año) y, en menor medida, los desplazados.

Determinar la población en riesgo a incluir en los servicios de atención a patologías crónicas sigue siendo un problema, así como los pacientes en riesgo para determinadas actividades preventivas (por ejemplo, para la vacunación antigripal)

5.- La ponderación de los servicios ¿es correcta? Si la cobertura de todos los servicios fuera el 100%, el peso de los servicios orientados actualmente al niño supondría el 13.51%. La población de 0 a 14 años en nuestra área sanitaria (área 8 Madrid: Alcorcón, Móstoles, Navalcarnero) supone el 14.53 % del total. Considerando estos datos podemos valorar correcto el peso del bloque de servicios orientados actualmente al niño.

La ponderación y valoración de cada norma o subnorma ¿es correcta?

6.- ¿Es la valoración de la Cartera de servicios un procedimiento sencillo? ¿es reproducible? Para mejorar la precisión y aportar datos con un nivel de confianza riguroso a nivel de cada unidad de provisión son necesarios tamaños muestrales elevados. Por ejemplo, la evaluación de los criterios de inclusión, con todas las ventajas comentadas anteriormente, ha hecho que se haya tenido que evaluar una gran cantidad de HC en cada EAP en 1998. La evaluación de las NT a nivel de Unidad de Provisión, lo que sabemos que mejoraría la información para cada equipo, no se considera obligatoria, para no aumentar las cargas de trabajo.

Durante estos años, para aumentar la fiabilidad de la evaluación se ha aumentado la complejidad de la misma. El equilibrio entre fiabilidad y sencillez no es fácil.

Conclusiones

Para los pediatras, la evaluación de su actividad tanto en términos cuantitativos como cualitativos es imprescindible. No se pueden proponer mecanismos correctores o de mejora del servicio prestado sin una evaluación periódica.

Los gestores sanitarios necesitan herramientas para evaluar las actividades de los profesionales sanitarios, instru-

mentos de comparación entre centros, incentivar según resultados.

Los objetivos de los profesionales y de los gestores no siempre son compatibles. La iniciativa de los profesionales debe incrementarse. Solo se conseguirá una verdadera mejora de la calidad con la participación e implicación de los profesionales. Sin embargo, esto no va a conseguirse con la centralización y normalización de su cartera de servicios.

La medición del producto en Atención Primaria debe simplificarse, quizás con objetivos cada dos años, quizás con alternativas de evaluación¹⁴. Los gestores deberán evaluar con auditorías externas y exigir a los profesionales la realización de auditorías internas con proyectos internos de mejora que, siendo coherentes con los objetivos de la organización, respondan a los intereses y necesidades de los profesionales y de los pacientes.

Bibliografía

1. Cartera de servicios de Atención Primaria. *Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas*. Instituto Nacional de la Salud. Secretaría general. Madrid. 1995 .
2. Bras i Marquillas J, Galbe Sánchez-Ventura J, Delgado Domínguez JJ y Pericas Bosch J. *Prevención y promoción de la salud en la infancia y en la adolescencia*. Atención Primaria. 1997. 20 (2): 23-58.
3. U.S. Preventive Service Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*. 2nd ed. Baltimore. Williams and Wilkins. 1996.
4. Moro Serrano M , Almenar Latorre A y Sánchez Sainz-Trápaga C. *Detección precoz de la sordera en la infancia*. An Esp Pediatr 1997; 46: 534-537.
5. Morera C, Moro M, Manrique M, Domenech E y Visquet F. *Análisis de la encuesta sobre la detección precoz de la hipoacusia en España*. An Esp Pediatr. 1998; 48: 233-237.
6. Olivera Olmedo JE, Moreno Iribas C, Polo Urtasun P, Ezcurdia Gurpegui M, Sobejano Tornos I y Sánchez Valverde F. *Mortalidad infantil y mortalidad por muerte súbita infantil en Navarra 1985-1996*. An Esp Pediatr. 1998; 49: 348-352.
7. *Atención al Maltrato Infantil desde el ámbito sanitario en la Comunidad de Madrid*. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Sanidad y Servicios sociales. Comunidad de Madrid. 1998.
8. Ferrís Tortajada J, López Andreu J A, García Castel J, Pérez Tarazona S y Cortell Aznar I. *Enfermedades pediátricas asociadas al tabaquismo pasivo*. An Esp Pediatr. 1998; 49: 339-347.
9. Elster A B y Levenberg P. *Integración de servicios preventivos completos para adolescentes en el cuidado médico sistemático: fundamento y método*. Clin Ped Nor. 1997; 6: 1375-1388.
10. Coupey SM. *Entrevista de adolescentes*. Clin Ped Nor. 1997; 6: 1357-1374.
11. Ferrís Tortajada J, García i Castell J, López Andreu JA y Benedicto Monleon MC. *Tratamiento del tabaquismo. Aspectos pediátricos*. An Esp Pediatr. 1997; 47: 346-352.
12. Heyman RB y Adger H Jr. *Método de consultorio para prevención de abuso de consumo de drogas*. Clin Ped Nor. 1997; 6: 1463-1472.
13. Brown RT y Cromer BA. *El pediatra y el adolescente que tiene actividad sexual: actividad sexual y anticoncepción*. Clin Ped Nor. 1997; 6: 1389-1403.

14. Morell Baladron L. *El Producto en los servicios sanitarios*. Medifam 1996; 6 (2): 110-118.

15. Alonso Roca R, García Alonso R y González-Posada Delgado. *La cartera de servicios en Atención Primaria*. Medifam 1995; 3: 131-136.

16. Ruíz de Adana Pérez R. *El Producto de la Cartera de Servicios de Atención Primaria: algunas preguntas para*

reflexionar. Medifam. 1995; 3: 137-142.

17. *Estudio de fiabilidad del método de evaluación de N.T. de la Cartera de Servicios*. Área de evaluación y seguimiento. Subdirección General de Atención Primaria. Dirección General de Atención Primaria y Especializada. Insa-lud. 1998. (Documento interno no publicado).

