
Radiografía de la Pediatría de Atención Primaria española: nuestro espacio en el Sistema Nacional de Salud

B. Domínguez Aurrecoechea^a, C. Valdivia Jiménez^b

^aPediatra. CS de Otero. Oviedo, Asturias. España.

^bPediatra. CS Los Boliches. Málaga. España

Resumen

En la presente ponencia se abordan las actividades asistenciales de la Pediatría de Atención Primaria (PAP).

Se expone el marco legal en el que se desarrolla, las actividades asistenciales, de promoción y prevención, los recursos del sistema público de salud, y las fortalezas y debilidades de la PAP. Se evalúan las actividades a partir de los datos del Sistema de Información Sanitaria (SIS), destacando la gran disparidad existente en las diferentes comunidades autónomas (CCAA). Se presenta de manera somera el estado de salud de la población infantil. No se abordan los aspectos organizativos ni de formación que han sido planteados en anteriores foros profesionales. Finalmente, se exponen las conclusiones y los nuevos retos.

Introducción

El estado de salud es un indicador fundamental del bienestar social y la condición imprescindible para el desarrollo económico de un país. La sanidad es, además, un motor de creación de riqueza y empleo sostenible. La demanda de servicios de salud es creciente y cada vez más informada, y la cobertura universal es un importante elemento redistributivo de la renta. La salud es un bien estratégico que en estos momentos está sometido a una gran politización¹.

La esperanza de vida en España se sitúa entre las más altas del mundo (82,2 años en mujeres y 77,8 en el caso de los hombres). En las últimas décadas, los avances tecnológicos y biofarmacológicos están permitiendo que enfermedades antes mortales se cronifiquen e incluso puedan

Begoña Domínguez Aurrecoechea, begoa.dominguez@gmail.com

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

curarse, lo cual, unido a la inmigración, a la movilidad geográfica y al creciente envejecimiento de la población, al aumento de las familias monoparentales, al debilitamiento de las redes familiares, al consumismo y al modo de vida sedentario, favorecen la aparición de enfermedades nuevas, o viejas que estaban erradicadas.

La infancia es percibida con frecuencia como un grupo de población con escasas necesidades y problemas de salud, que precisa poca atención y recursos, lo que la hace casi invisible en la planificación de servicios. En general, no se tiene en cuenta que se trata de un periodo de desarrollo muy vulnerable tanto desde el punto de vista físico como psicosocial, y que responde positivamente a factores protectores, por lo que resulta preciso abordar la infancia como una etapa de la vida con necesidades y problemas de salud específicos².

Marco legal (leyes y normativa)

El Real Decreto 137/1984 sobre estructuras básicas de salud y la Ley General de Sanidad de 1986 consolidan el "nuevo modelo de la Atención Primaria" (AP), caracterizado por la existencia de una demarcación geográfica y poblacional (zona de salud), la estructura física y funcional para la asistencia: el centro de salud y el equipo responsable de la atención en el que se incluye a los pediatras.

El objeto de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud³ es establecer el marco legal para las acciones de coordinación y cooperación de las Administraciones públicas sanitarias, en el ejercicio de sus respectivas competencias, de modo que se garantice la equidad, la calidad y la participación social en el Sistema Nacional de Salud (SNS).

El Real Decreto 1030/2006 establece la cartera de servicios comunes del SNS y desarrolla más ampliamente el contenido de la AP.

Por acuerdo del Consejo de Ministros de marzo de 2006, se aprueba El Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales⁴, primer plan español de estas características que se elabora en el marco del Observatorio de la Infancia.

La Ley General de Salud Pública⁵, recientemente aprobada, merece especial mención porque legisla de manera específica los derechos y deberes de los ciudadanos; la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cribados; los órganos gestores y de toma de decisiones, y la evaluación de las políticas de salud.

En uno de sus artículos, plantea el principio de equidad y el derecho de todas las

personas a que las actuaciones de salud pública se realicen en condiciones de igualdad, sin que pueda producirse discriminación por razón de nacimiento, origen racial o étnico, sexo, religión, convicción u opinión, edad, discapacidad, orientación o identidad.

Este derecho de igualdad se concretará en "una cartera de servicios básica y común en el ámbito de la salud pública, con un conjunto de actuaciones y programas. Dicha cartera de servicios incluirá un calendario único de vacunación y una oferta única de cribados poblacionales". Corresponden estas funciones al Consejo Interterritorial del SNS.

Es de destacar que, una vez más, la legislación plantea la necesidad de un calendario vacunal único, pero adjudica su responsabilidad al Consejo Interterritorial, cuyo funcionamiento a este respecto ha respondido, hasta el momento, más a decisiones políticas que a las necesidades reales de salud de la población.

Por otro lado, ha habido una proliferación exagerada y no coordinada de legislación en las CCAA⁶: solo en el año 2010 cada una de ellas ha publicado entre 30 y 60 leyes, órdenes y decretos.

Recursos económicos y humanos

El gasto sanitario en España ha seguido la tendencia internacional al alza, alcan-

zando el 9,5% del Producto Interior Bruto en 2009, pero se mantiene por debajo de la media europea, situándose aún lejos de países como Alemania (11,6%) o Francia (11,8%), y del 17,4% de EE.UU.⁷. Las CCAA administran el 89,8% de los recursos sanitarios y la Administración central el 3%.

En el año 2007, el porcentaje del gasto total de salud destinado a los servicios primarios era del 14,53%, frente al 50,54% de los servicios de atención especializada⁸.

En 2008, la población de 0 a 14 años era de 6 815 082. Entre los años 2001 y 2008 se ha producido un incremento del 36,1% en el tramo de edad de 0-4 años⁹.

En los centros asistenciales públicos dedicados a la AP trabajan 34 126 médicos (27 911 médicos de familia y 6215 pediatras) y 27 433 enfermeros⁹. El número total de pediatras (en 2008) era de 9130 en el sistema público de salud y el de pediatras de AP era de 6215¹⁰. La ratio media de pediatras/tarjetas sanitarias de 0 a 14 años es de 1029¹¹, por lo que para obtener una ratio de 1/1 000 faltarían en España 560 pediatras. Es preciso, además, considerar que las cifras aportadas por el SNS no tienen en cuenta que un porcentaje importante de plazas de Pediatría de algunas CCAA no están cubiertas por médicos especialistas en Pediatría.

Al déficit de pediatras hay que añadir el de Enfermería con trabajo específico en Pediatría¹².

El informe “Estudio oferta-necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025)”¹³ estima que las necesidades de pediatras para el año 2008 eran de más del 2% sobre el total y que de no adoptarse ninguna medida la tendencia de necesidades profesionales continuaría creciendo hasta un 5% en 2015 y un 14% en 2025.

El desarrollo de la Atención Primaria: fortalezas y debilidades

La universalidad, la gratuidad, la accesibilidad y la continuidad en los cuidados, unidas a la cercanía geográfica de los centros de salud y los consultorios a los domicilio de los pacientes, junto con la satisfacción de los usuarios recogida en el barómetro sanitario¹⁴, son fortalezas del SNS. Pero la accesibilidad ilimitada tanto geográfica como horaria da respuesta más a las demandas que a proporcionar una adecuada prestación sanitaria y se debe más a decisiones político-electoralistas que a necesidades reales de salud, convirtiendo esta fortaleza en auténtica debilidad del sistema.

Falta también una política explícita cuyo objetivo sea la efectividad: el sistema hace muchas cosas que no son útiles,

que producen gastos importantes, entretienen a muchos trabajadores y no tienen impacto en salud. No prima el análisis de la efectividad sobre la satisfacción de los ciudadanos. Se ha favorecido la dependencia de los pacientes y no la educación en autocuidados, y falta coordinación con otros niveles asistenciales y sociosanitarios.

La Pediatría de AP presenta además características peculiares: la inespecificidad habitual de los síntomas obliga a la realización de exploraciones completas en la mayoría de las visitas; la prevalencia de la patología aguda de presentación estacional y con importantes picos de presión asistencial hace que las agendas de las consultas diarias sean difícilmente regulables; la anamnesis ha de realizarse a familiares y cuidadores que acompañan al niño. Todo ello, unido a la insuficiente dotación de profesionales –pediatras y enfermeras–, al aislamiento y a las condiciones laborales inadecuadas, ha dado lugar a profesionales desmotivados haciendo un trabajo poco atractivo y en muchas ocasiones incompatible con la vida familiar.

La cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud

El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones

sanitarias del SNS, definió los derechos de los usuarios del sistema sanitario a la protección de la salud al regular, de forma genérica, las prestaciones facilitadas por el sistema sanitario público. Desde entonces, se han producido avances e innovaciones en la atención sanitaria que, aunque se han ido incorporando a la práctica clínica, en muchas ocasiones no han sido objeto de una inclusión formal en el catálogo de prestaciones.

El Real Decreto 1030/2006¹⁵, de 15 de septiembre, establece el contenido de la cartera de servicios comunes del SNS que podrá concretarse y detallarse por orden del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (MSPSI), previo acuerdo del Consejo Interterritorial del SNS.

Esta cartera recoge prácticamente todos los servicios incluidos en el Programa de Salud Infantil de la AEPap¹⁶.

Los desarrollos específicos de la Cartera de Servicios de AP en las CCAA no han sido homogéneos. Las carteras de servicios se pueden agrupar en tres grandes tipos: las basadas en coberturas y normas de calidad (Cantabria, Castilla y León, Extremadura, Murcia, Madrid y Valencia), las basadas en procesos asistenciales (Andalucía, Asturias y Galicia) y las centradas en indicadores (Aragón, País Vasco y Navarra)¹⁷.

La Pediatría de Atención Primaria en la práctica diaria

El pediatra de AP es, por su formación, por su posición respecto a los niños y sus familias y por la indudable proyección social de su trabajo, el elemento clave y de mayor responsabilidad dentro del sistema de atención a la infancia.

En la actualidad, en nuestro país el pediatra de AP es el primer contacto de los niños y adolescentes con el sistema sanitario, siendo además un especialista altamente resolutivo que soluciona más del 90% de las demandas de salud de esta población; supervisa su crecimiento y desarrollo y participa en todas las actividades de prevención, promoción y educación para la salud dentro de los equipos de AP junto a enfermeras y médicos de familia¹⁸.

La supervisión de la salud de la población infantil precisa de un profundo conocimiento de las variaciones dentro de la normalidad y las estrechas lindes (en muchas ocasiones) entre lo normal y lo patológico que requieren intervenciones y tratamientos específicos.

Una de sus principales funciones es la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, aportando consejos acerca de la salud, el ritmo del desarrollo, las características del comportamiento y guías anticipatorias; en esta tarea, se establece una especie de asociación con los

padres y las familias en la que los pediatras participan en la crianza y el desarrollo de los niños.

Además de la promoción y la prevención, lleva a cabo tareas asistenciales a la patología aguda y a la patología crónica, y ejerce funciones de coordinación para el manejo de situaciones que requieran la participación de diferentes profesionales y servicios.

El perfil del pediatra de AP viene definido en el programa de formación del Área de Capacitación Específica de PAP¹⁹, en el que se describen las competencias precisas para el desarrollo de la actividad diaria.

Evaluación

Desde el MSPSI se ofrecen herramientas capaces de evaluar la actividad diaria. El SIS del SNS²⁰ es el elemento instrumental responsable de medir estos parámetros a través del portal estadístico del SIS, los indicadores clave del SNS, el Sistema de Información de Atención Primaria²¹ y el Proyecto Base de Datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria (BIFAP), entre otros.

El 90% de la población con tarjeta sanitaria individual acude a las consultas de Pediatría²¹. En el año 2009 se realizaron 34,7 millones de consultas. La distribución de las mismas por grupo de edad no muestra variaciones importantes entre

2007 y 2009. Entre el 50 y el 65% de las consultas corresponde a niños de cero a cuatro años, y una cuarta parte a los de cinco a nueve años.

El Proyecto BIFAP²² es un proyecto estratégico de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios en colaboración con diez CCAA. Dispone de información anonimizada de 3 435 406 pacientes perteneciente a 1245 médicos colaboradores activos (1032 médicos generales y 213 pediatras) de toda España. Es el único proyecto de ámbito español en el que, a partir de los registros diarios de las consultas, podrían extraerse datos acerca de la morbilidad y la variabilidad en la práctica clínica entre pediatras. La morbilidad registrada clasificada por aparatos (codificación diagnóstica de la Clasificación Internacional de la Atención Primaria) atribuye al respiratorio alrededor del 40% de las consultas.

El estado de salud de la población infantil

Es habitual escuchar la frase “la población infantil española goza de buena salud” pero, ¿responde solo a una opinión?, ¿existen datos que lo afirmen?, ¿cuáles son los resultados de compararla con otros países?, ¿se han producido cambios en los últimos años? No resulta sencillo encontrar datos que a partir de registros

homogéneos y con metodologías similares aporten indicadores que puedan utilizarse en un diagnóstico de salud. Son múltiples los trabajos publicados acerca de una patología o incluso un grupo de ellas, pero escasos los que aportan datos globales. Se exponen a continuación los datos extraídos del informe OECD Health Data 2011⁷; de la Encuesta Nacional de Salud 2006²³; de la base de datos del MSPSI y del Observatorio de la Infancia²⁴ que reúnen las características exigidas y posibilitan su comparación en el marco europeo y español.

España presentaba en 2008 una tasa de natalidad por 1 000 habitantes de 11,37 y en 2001 de 9,98; el crecimiento mayor de la población por tramos de edad se ha producido en los menores de cinco años. El porcentaje de nacidos vivos prematuros pasó de 7,1 en 1996 a 8,3 en 2007 y el de nacidos a término con peso menor de 2500 g de 2,8 en 2006 a 3,5 en 2007.

Calidad de vida relacionada con la salud en población infantil

Obtenemos este dato de la Encuesta Nacional de Salud²³ realizada entre 2006 y 2007 con una muestra de 9122 entrevistas realizadas a madres padres o tutores. Valora el estado de salud, medio ambiente, estilos de vida y prácticas preven-

tivas y utilización de servicios sanitarios. Estudia la calidad de vida de la población infantil de entre 8 y 15 años. Para su valoración se utilizó el índice de KIDS-CREEN-10. En España la calidad de vida es de 61,81 situándose por encima de la media Europea y su distribución en las diferentes CCAA va desde 67,42 en Extremadura hasta 52,56 en La Rioja.

Respecto a la percepción del estado de salud prácticamente el 90% de los encuestados opinan que la salud infantil es buena o muy buena siendo el tramo de edad de entre cinco y 15 años el mejor valorado.

Mortalidad

A pesar de que en los países económicamente desarrollados la tasa de mortalidad infantil ha perdido sensibilidad para indicar el nivel socioeconómico de la población y su estado de salud, este indicador sigue siendo imprescindible en cualquier evaluación de la situación sanitaria de una población.

La mortalidad infantil (defunciones de menores de un año por 1 000 nacidos vivos) en España ha continuado reduciéndose a lo largo de la presente década, pasando de una tasa de 4,1 en el año 2001 a una de 3,5 en 2007. Por CCAA, la mortalidad oscila entre la cifra más baja en Navarra (2,3) y la más alta en Ceuta (8,8).

La tasa de mortalidad por 100 000 habitantes por todas las causas ha disminuido desde 1981 en todos los tramos de edad, al igual que la tasa de mortalidad por neumonía e influenza, fundamentalmente en los menores de un año, pasando de 44,7 en 1981 a 1,5 en 2007.

Inmunizaciones

Las coberturas vacunales de la población infantil son excelentes en las primeras etapas de la vida¹¹ (en menores de dos años oscilan entre el 95% y el 98%), pero los porcentajes de coberturas bajan significativamente a los 14 años, si bien no difieren sustancialmente de las de otros países de Europa⁷. Por CCAA, existen variaciones importantes, oscilando la cobertura de la vacuna contra tétanos y difteria de refuerzo (14-16 años) entre el 40% en Extremadura y el 95,7% en La Rioja¹¹. ¿Es posible que las bajas coberturas puedan atribuirse, al menos parcialmente, a problemas de registro?

Morbilidad

La incidencia de enfermedades infecciosas prevenibles (tasa de casos declarados por 100 000 habitantes de rubéola sarampión, parotiditis y tos ferina) ha disminuido en las dos últimas décadas¹¹.

De la morbilidad registrada en el proyecto BIFAP²² extraemos el dato de que

diez diagnósticos son suficientes para clasificar el 50% de las consultas. Otros estudios, como el de morbilidad de Asturias²⁵, plantean que para completar el 100% de los códigos de la consulta hay que recurrir hasta a 500 diagnósticos diferentes.

Por edades, los diagnósticos que han requerido ingreso hospitalario se distribuyen de manera que la patología respiratoria ocupa un porcentaje importante en todos los tramos de edad, siendo la causa de ingreso más frecuente entre uno y cuatro años²³.

Accidentes

El lugar donde se producen con mayor frecuencia los accidentes infantiles varía con la edad, siendo el domicilio el situado en primer lugar para los niños de cero a cuatro años y el colegio para el tramo etario de cinco a 15 años²³.

Sobrepeso y obesidad

Los resultados de la encuesta de salud (población de dos a 17 años) que define el sobrepeso y obesidad a partir de los puntos de corte de Cole son: sobrepeso 18,7% y obesidad 8,9%.

El Estudio ALADINO²⁶ (Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad) es un estudio de prevalencia de obesidad infantil realizado en el marco

de la estrategia NAOS del MSPSI. Incluye a niños y niñas entre seis y diez años, de ámbito el territorio nacional estratificado por CCAA; el tamaño de la muestra es de 7923; y se ha realizado entre octubre de 2010 y mayo de 2011. Para el cálculo de sobrepeso y obesidad se han utilizado las gráficas de la Organización Mundial de la Salud; los resultados cifran el sobrepeso en el 26,1% y la obesidad en el 19,1%. Existe una relación directa entre el número de horas de permanencia en el ordenador, la consola y la televisión y la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad; también la presencia de televisión y ordenador en el dormitorio de los niños se comporta como un factor de riesgo de padecer sobrepeso y obesidad.

Estilos de vida y utilización de servicios sanitarios

No practica ningún tipo de ejercicio alrededor del 20% de la población encuestada (población entre 0 y 15 años) y el 24% de los niños está expuesto al humo de tabaco en su domicilio²¹.

El 97% de los menores de cuatro años ha acudido en alguna ocasión al médico en los últimos 12 meses, el 51% ha acudido a urgencias y cerca del 7% ha estado ingresado²¹.

Tras el análisis de los datos, podemos afirmar que es cierta la frase “la pobla-

ción infantil española goza de buena salud”, pero no ha sido siempre así, ha mejorado de manera sistemática a lo largo de los últimos años.

Conclusiones y nuevos retos

La PAP proporciona una asistencia sanitaria eficiente y humanizada, próxima al niño y su familia, teniendo en cuenta las características de su entorno y partiendo de una visión global de la Medicina en la que el objeto fundamental no es la enfermedad sino el niño en todas sus etapas. Contribuye a los buenos resultados en salud de nuestra población infantil y está considerada una conquista social.

La preocupación fundamental que han de tener los responsables de la salud es la de tratar de que la población no enferme, esto ayudará a la sostenibilidad económica y financiera, por lo que es necesaria una mayor inversión en las actividades de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad.

Es preciso un cambio de paradigma de la gestión de enfermedades a la gestión de la salud que se focalice fundamentalmente en la AP, teniendo en cuenta que el pilar fundamental para lograr el buen funcionamiento del sistema de salud son los profesionales asistenciales (médicos, enfermeras), pues sin su concurso no hubiera sido posible conseguir el nivel de

calidad actual del Sistema de Salud y sin su mejora continuada ninguno de los retos es asumible.

Será preciso asegurar la financiación de la AP como eje del sistema sanitario y un consenso político entre el MSPSI y las CCAA que evite las desigualdades actuales (calendario vacunal, cartera de servicios, etc.) y potencien estrategias que sin criterios electoralistas se orienten a la mejora real de la salud.

Es necesaria una implicación de los pacientes en su salud y en el buen uso de los recursos sanitarios.

Se debe promover una gestión sanitaria basada en criterios clínicos y científicos. La macrogestión será responsabilidad de expertos que, independientemente de criterios políticos, gestionarán adecuadamente los recursos teniendo en cuenta también la necesidad de mejora de la situación laboral de los pediatras de AP.

También es necesario adecuar el número de profesionales (pediatras y enfermeras pediátricas) a las necesidades de salud, potenciando la unidad asistencial básica de Pediatría formada por pediatra y enfermera pediátrica.

Será preciso incluir la PAP en la agenda de los políticos y plantear una moratoria tecnológica.

Desde el punto de vista organizativo, el primer reto es el mantenimiento del mo-

delo actual de PAP formado por la unidad básica pediátrica (pediatra-enfermera especializada en Pediatría) entendida como una unidad integrada por profesionales que se complementan; un modelo que asegure el derecho de las familias a que todos los niños tengan asignado un pediatra de cabecera.

Mejorar la coordinación hospital-AP basada en criterios de consenso común, para evitar el "hospitalcentrismo" y la duplicidad de intervenciones sobre la población infantil y aumentar la capacidad resolutive del pediatra de AP, permitiendo que realice las funciones para las que ya ha demostrado estar capacitado. Potenciar el cuidado del paciente crónico por el pediatra de AP, que será responsable de liderar un marco de atención compartida entre los diferentes ámbitos asistenciales.

Desarrollar la figura del pediatra coordinador de área o distrito sanitario, con una implantación aún escasa; está ya creada en la comunidad de Murcia, dependiente de los Servicios Centrales del Servicio Murciano de Salud; existe también en Gran Canaria; en Madrid ha sido recientemente creada la figura del coordinador de área sanitaria de pediatras, con las atribuciones de pediatra asistencial, no liberado, encargado de supervisar asuntos varios de los pediatras de su zona como la docencia, la formación, los resi-

dentes, las rotaciones, los protocolos asistenciales o la coordinación con el hospital de referencia.

Un reto importante será también fomentar la investigación y la participación de los pediatras de AP en la formación y

el desarrollo profesional, en la redacción y gestión de guías de práctica clínica, y en los órganos consultivos y decisorios de las administraciones sanitarias, como el Comité Consultivo del Consejo Interterritorial del SNS.

Bibliografía

1. Rodríguez-Santana I. Fundación Bamberg. El modelo de Futuro de Gestión de la Salud propuestas para un debate (abril 2011). XXV aniversario de la ley General de Sanidad [consultado el 14/07/2011]. Disponible en: www.riberasalud.com/ftp/biblio/26042011002306bamberg.pdf

2. Colomer-Revuelta C, Colomer-Revuelta J, Mercer R, Peiró-Pérez R, Rajmil L. La salud en la infancia. Gac Sanit. 2004;18(Supl 1):39-46.

3. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [consultado el 14/07/2011]. Disponible en: www.msps.es/organizacion/consejoInterterri/docs/LeyCohesionyCalidad.pdf

4. El Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales [consultado el 14/07/2011]. Disponible en: www.observatoriodelainfancia.msps.es/novedades/PLAN.pdf

5. La Ley General de Salud Pública Boletín Oficial del Estado [consultado el 10/10/2011]. Disponible en: <http://boe.es/boe/dias/2011/10/05/pdfs/BOE-A-2011-15623>

6. Anuario de la Sanidad y del Medicamento en España 2011 (Resumen legislativo-Sanidad 2010). El Médico, Sanidad y Sociedad. Suplemento 1123; pág. 123-147 [consultado el 20/07/2011]. Disponible en: www.elmedicointeractivo.com

7. OECD Health Data 2011 [consultado el 20/07/2011]. Disponible en: <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

8. Indicadores clave del Sistema Nacional de Salud; septiembre 2010. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [consultado el 20/07/2011]. Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/iclasns_docs/InformeC_INCLASNS.pdf

9. Sistema de Información de Atención Primaria. Informe anual del Sistema Nacional de Salud; 2008. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [consultado el 20/07/2011]. Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/estadisticas/estMinisterio/siap.htm

10. Sistema Nacional de Salud España; 2010. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [consultado el 20/07/2011]. Disponible en: www.msps.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Anexo_04.pdf

11. Indicadores de Salud; 2009. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [consultado el 20/07/2011]. Disponible en: www.msps.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud2009.htm#salud

12. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, de Frutos Gallego F, Valdivia Jiménez C. "Puntos negros" de la asistencia a la población infantojuvenil en Atención Primaria en España (primera parte). Rev Pediatr Aten Primaria. 2011;13:15-31.

13. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Oferta-Necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025) Actualización del estudio. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2009 [consultado el 18/7/2011]. Disponible en: www.mspes.es/profesionales/formacion/docs/necesidadEspecialistas2008_2025.pdf
14. Barómetro Sanitario 2009. Agencia de Calidad del SNS. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Instituto de Información Sanitaria [consultado el 20/7/2011]. Disponible en: www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/informeAnual.htm
15. Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, que establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/CarteraDeServicios/docs/CarteraDeServicios.pdf>
16. Soriano Faura J, Duelo Marcos M, Escribano Ceruelo E, Fernández Rodríguez M, Hijano Bandera F, Martínez Rubio A. Programa de Salud Infantil, 1.ª ed. Madrid: AEPap-Exlibris Ediciones; 2009.
17. Cartera de Servicios de Atención Primaria; 2010. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [consultado el 18 /7/2011]. Disponible en: www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap
18. Ruiz-Canela J. Tribuna: Pediatría en el modelo de la AP del siglo XXI. Diario Médico, 29 de octubre de 2008.
19. Domínguez Aurrecochea B, Fernández-Cuesta Valcarce MA, García Puga JM, García Rebollos C, Gutiérrez Sigler MD, Hijano Bandera F y cols. Programa de Formación Área de Capacitación Específica en Pediatría de Atención Primaria, 1.ª ed. Madrid: AEPap; 2010.
20. Instituto de Información Sanitaria. Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud. Información y estadísticas sanitarias; 2010. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad [consultado el 18/7/2011]. Disponible en: www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/SISNS.pdf
21. Instituto de Información Sanitaria; SIAP. Actividad ordinaria en centros de atención primaria. Informe resumen evolutivo del sistema nacional de salud 2007-2009. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad [Consultado el 18 /7/2011]. Disponible en: www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/docs/siap/Informe_de_Actividad_Ordinaria_Atencion_Primaria_2007-09.pdf
22. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; AEMPS. Proyecto BIFAP. Base de Datos para la Investigación Farmacoepidemiológica en Atención Primaria [consultado el 20/7/2011]. Disponible en: www.bifap.org/
23. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Nacional de Salud; 2006 [consultado el 20/7/2011]. Disponible en: www.mspes.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2006.htm
24. Observatorio de La Infancia. La Infancia en cifras. Instituto de Infancia y mundo urbano (CIIMU) Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007 [consultado el 30/7/2011]. Disponible en: www.observatoriodelainfancia.mspes.es/documentos/lainfanciaCifras2.pdf
25. Domínguez Aurrecochea B, Martín Rodríguez D, García Mozo R. Morbilidad en Pediatría de Atención Primaria en Asturias. Rev Pediatr Aten Primaria. 2006;8:21-37.
26. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad; Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición Estudio de Prevalencia de Obesidad Infantil "ALADINO" Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad [consultado el 14/07/2011]. Disponible en: www.mspes.es/