

SPECIAL ARTICLE

¿Necesitamos un Plan Estratégico de Atención Pediátrica para el Sistema Nacional de Salud?

Do we need a Strategic Pediatric Care Plan for the National Health System?

Eusebi J. Castaño Riera , **María Jesús Martín Sánchez**, **Yolanda Muñoz Alonso**

*Servicio de Planificación Sanitaria. Dirección General de Prestaciones, Farmacia y Consumo.
Consejería de Salud de las Illes Balears.*

Corresponding author

Eusebi J. Castaño Riera
E-mail: ecastanyo@dgpif.caib.es

Received: 21 - I - 2024

Accepted: 20 - II - 2024

doi: 10.3306/AJHS.2024.39.03.139

Resumen

El modelo de atención a la población pediátrica en el Sistema Nacional de Salud es desde hace tiempo objeto de controversia. La dificultad creciente para cubrir las plazas de pediatría de atención primaria por pediatras se ha convertido en un problema para los gestores de la sanidad pública. A raíz de esta situación, las comunidades autónomas han ido implementando diversas estrategias que modifican el modelo atención y que responden exclusivamente a las necesidades a muy corto plazo de manera reactiva, sin incorporar en el centro del debate a los pacientes. Complicando más la cuestión, la evidencia disponible publicada no cuenta con la significación suficiente para poder establecer recomendaciones. Además, pese a que se habla de la necesidad de una adecuación del modelo de la atención primaria de salud para dar una cobertura adecuada a las necesidades y problemas de salud, no parece que en este planteamiento se esté incluyendo el papel de la atención pediátrica. Llegados a este punto, proponemos iniciar un debate informado para dar una respuesta proactiva al problema con la elaboración de un Plan Estratégico de Atención Pediátrica. Este Plan deberá basarse en estudios en nuestro medio que puedan evaluar la eficiencia de los posibles modelos, ser participativo y tener como objetivo fundamental ofrecer la mejor atención a la población infantil. Además, deberá adaptarse a los nuevos retos sociales y económicos buscando la solvencia del sistema sanitario público.

Palabras clave: Pediatría, Política de Salud, Economía y Organizaciones de la Atención Médica.

Abstract

The model of care for the paediatric population in the National Health System has long been the subject of controversy. The growing difficulty in filling primary care paediatrics posts with paediatricians has become a problem for public health care managers. As a result of this situation, the Autonomous Communities have been implementing various strategies that modify the care model and respond exclusively to very short-term needs in a reactive manner, without incorporating patients into the centre of the debate. Further complicating the issue, the available published evidence does not have sufficient significance to be able to establish recommendations. Furthermore, although there is talk of the need for an adaptation of the primary health care model to provide adequate coverage of health needs and problems, the role of paediatric care does not appear to be included in this approach. At this point, we propose to initiate an informed debate to provide a proactive response to the problem with the development of a Strategic Plan for Paediatric Care. This Plan should be based on studies in our environment that can evaluate the efficiency of possible models, be participatory and have as its fundamental objective to offer the best care to the paediatric population. It must also adapt to the new social and economic challenges, seeking the solvency of the public health system.

Key words: Pediatrics, Health Policy, Health Care Economics and Organizations.

Cite as: Castaño Riera EJ, Martín Sánchez MJ, Muñoz Alonso Y. ¿Necesitamos un Plan Estratégico de Atención Pediátrica para el Sistema Nacional de Salud? *Academic Journal of Health Sciences* 2024; 39 (3):139-145 doi: 10.3306/AJHS.2024.39.03.139

La infancia constituye una parte esencial de la sociedad y la inversión en su bienestar y adecuado desarrollo repercutirá positivamente en toda la sociedad. Ha de ser objeto de especial protección en todos los ámbitos, entre ellos, y de forma muy importante, el sanitario.

Se trata de un periodo en el que se desarrollarán todos los órganos y sistemas del individuo, así como aspectos tan relevantes como la personalidad, el aprendizaje, el lenguaje o la socialización entre otros. Por tanto, es una etapa crítica del ser humano en todos los sentidos de manera que cualquier intervención positiva o negativa tendrá un gran impacto a lo largo de la vida. Además, los niños y niñas, por su inmadurez, se encuentran en una situación de indefensión y dependencia. Son las decisiones y actos de los adultos las que determinarán el entorno favorable o desfavorable para su adecuado desarrollo tanto físico como psíquico y psicológico.

Por todos estos motivos, son muchas las instituciones que se han posicionado a favor de proteger de forma especial a la infancia proporcionándole el ambiente y las condiciones necesarias para el adecuado desarrollo de todo su potencial. En el ámbito sanitario, es fundamental reconocer a los niños y niñas como seres diferentes a los adultos y por tanto con unas necesidades distintas. Una correcta asistencia sanitaria a la infancia requiere adecuar espacios y materiales y encomendar la atención a profesionales con la capacitación específica en pediatría, tal y como recogen organismos internacionales como la ONU¹ o el Parlamento Europeo², así como el propio Ministerio de Sanidad³.

En abril de 2013 se aprobó por acuerdo de Consejo de Ministros el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016 (II PENIA)⁴ que define las líneas estratégicas de desarrollo de políticas estableciendo que la atención a la infancia y adolescencia ha de realizarse de forma coordinada por medio de la cooperación de los distintos agentes implicados en la misma.

Si nos centramos en la atención sanitaria, podemos considerar que el modelo actual de atención pediátrica en el SNS queda definido a partir del Real Decreto 137/1984, de 1 de febrero, de estructuras básicas de salud, de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y ratificado por la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

En la atención pediátrica hospitalaria se ofrecen servicios en función del nivel de complejidad y tamaño de los hospitales. Si bien existe un consenso ampliamente aceptado sobre la estructura y modelo de oferta de servicios⁵.

En este modelo asistencial, el límite de edad pediátrica es hasta los 14 años, no obstante, es habitual que los servicios de pediatría de los hospitales sigan haciéndose cargo de la atención de los niños con patologías crónicas

hasta los 18 años y más, como ocurre en el caso de la oncología pediátrica⁶.

También existe consenso en cuanto a la necesidad de coordinación, cooperación y colaboración entre el ámbito de atención pediátrica hospitalaria y el ámbito de atención pediátrica comunitaria.

Sin embargo, en lo relativo a la prestación sanitaria pediátrica en atención primaria surgen elementos de disenso.

Si bien la aparición de pediatras en el ámbito comunitario se remonta a los años 60 del siglo pasado, antes de las dos referencias normativas que hemos planteado como punto de partida, podemos considerar que la atención pediátrica queda integrada en el primer nivel asistencial a partir de la incorporación de los pediatras y las enfermeras de pediatría en los equipos de atención primaria. Inicialmente la población diana eran los menores de 7 años, aunque posteriormente se amplió hasta llegar a los 14 años.

Sin embargo, un gran inconveniente que se encontró en su día fue la escasez de pediatras titulados para poder ocupar esas plazas de nueva creación, que llevó a autorizar por parte del INSALUD que esas plazas fuesen ocupadas por médicos generalistas (con título previo al año 1995) y posteriormente por especialistas en medicina de familia y comunitaria, o por médicos especialistas con título de especialista en pediatría no homologado en España. No obstante, el acceso de estos profesionales a este tipo de plazas siempre será de forma eventual o interina.

En este contexto se identifica un gran tema de debate y controversia: ¿quién es el profesional sanitario más adecuado para atender a la población de pediatría en los equipos de atención primaria?

Este tema ha sido abordado a lo largo de los años por numerosos estudios desde diferentes puntos de vista. Algunos de ellos simplemente han descrito el modelo de atención de los diferentes países⁷⁻⁹, han reflexionado sobre la importancia de disponer de profesionales con adecuada formación para la atención de pacientes pediátricos en atención primaria¹⁰⁻¹³ o sobre posibles nuevos modelos de atención¹⁴. Otros estudios han analizado las diferencias que han podido encontrar entre la atención prestada por médicos de familia y pediatras sin llegar a decantarse por uno u otro modelo de atención¹⁵⁻²⁰.

Algunos autores han aportado argumentos a favor de que sea el pediatra quien se encargue de la atención de los niños en atención primaria²¹⁻³⁵ pero también hay otros que se postulan a favor de que esta atención sea llevada a cabo por los médicos de familia^{36,37}. Es paradójico como en función de la visión

y posicionamiento sobre el tema que a priori se tenga, los mismos artículos son citados en estos documentos para reafirmar posiciones contrapuestas. Entendemos que esto es reflejo de que, o bien no es posible identificar claramente diferencias, o bien los artículos publicados tienen bajo nivel de evidencia.

Una cuestión relevante en este debate es la dificultad de disponer actualmente del número de pediatras para cubrir todas las plazas de pediatría de atención primaria³⁸. Esta situación se ve agravada por las condiciones en que estos profesionales desarrollan su labor. Un estudio del año 2014 identificó varios puntos negros en este sentido como la distribución de tiempos en la jornada laboral, las condiciones del lugar de trabajo, las cargas de trabajo o la falta de autogestión entre otros³⁹. Esto hace, además, a la Atención Primaria poco atractiva para los nuevos pediatras recién formados con lo que el problema de falta de profesionales se perpetúa.

Diversos documentos que han evaluado y proyectado la necesidad de médicos especialistas en España a medio plazo identifican que la pediatría será una de las especialidades que estarán en equilibrio, con brechas entre la oferta y la demanda/necesidad entre -5% y 5%^{40,41}. Sin embargo, se han identificado problemas de cobertura de plazas en atención primaria, relacionado con el modelo de atención, y con el poco interés que las plazas de atención primaria tienen para los pediatras jóvenes que eligen preferentemente los hospitales⁴⁰.

Ante esta situación, se han ido incorporando otros profesionales, médicos de familia en su mayoría, a las plazas vacantes, a la vez que se han ido desarrollando diferentes estrategias para tratar de dar cobertura a toda la población infantil con un menor número de pediatras. Entre estas estrategias se encuentra la creación de la figura del pediatra de área en atención primaria⁴² o los modelos de áreas integradas. En ambos casos se ha identificado por parte de los profesionales una mayor precariedad laboral, así como, en el caso del pediatra de área de AP, una merma en la calidad asistencial que pueden ofrecer en las condiciones que se les presentan⁴³. La Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) ha publicado varios estudios sobre la situación de la pediatría de atención primaria en diferentes comunidades autónomas⁴⁴⁻⁵¹ para posteriormente publicar en varias ocasiones recomendaciones o propuestas organizativas para tratar de mejorar esta situación⁵²⁻⁵⁴. Un estudio⁵⁵ publicado recientemente, propone establecer un modelo de atención en atención primaria basado en el trabajo coordinado del pediatra, la enfermera de atención primaria y la enfermera referente de centro educativo. Esta última permite establecer una atención más integral al abordar aspectos como la educación sexual, emocional y en hábitos saludables, el uso adecuado de las nuevas tecnologías, la promoción de entornos saludables, vacunación e igualdad en el centro educativo con la participación activa del alumnado.

La realidad es que se está introduciendo un cambio en el modelo asistencial de la pediatría en atención primaria que se está implementando sin un análisis integral de la situación, sin una reflexión sobre las posibles alternativas y sin una evaluación del impacto en salud que pueden tener estas decisiones organizativas.

Esta situación es especialmente llamativa si tenemos en cuenta que el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social publicó en 2019 el documento *Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria*⁵⁶ que posteriormente desarrolló mediante el *Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2022-2023*⁵⁷. Ambos documentos abordan los principales desafíos que tiene la atención primaria que debe adaptarse a los cambios de índole social, económica y tecnológica entre otras y proponen todo un listado de propuestas para llevar a cabo esta transformación. En ambos documentos se ha obviado la atención a la población pediátrica, no hay análisis de la situación de la misma ni propuestas para mejorarla.

Parece lógico iniciar un proceso de reflexión estratégica ante esta situación que debería concluir en la elaboración de un Plan Estratégico de Pediatría que, analice la realidad que tenemos en el SNS, que valore las proyecciones futuras, que dé voz a todos los agentes implicados y que permita consensuar el mayor número de iniciativas para configurar el modelo de la atención pediátrica de los próximos años.

Para ello, previamente se deberá establecer claramente el papel de los pediatras de atención primaria planteando opciones que van desde mantener el modelo actual en el que se establece que la atención de los menores de 14 años se lleva a cabo por pediatras tanto en atención hospitalaria como en atención primaria a explorar nuevos modelos. En este sentido, son muchas las propuestas que se han hecho entre las que se encuentra la reducción del programa del niño sano y la presencia de pediatras en atención primaria con un papel de consultores y más centrados en la atención a la cronicidad en pediatría y la pediatría comunitaria dejando la consulta ordinaria en manos de los médicos de familia.

Llegados a este punto, no parece que vaya a ser fácil responder a la pregunta que formulábamos párrafos atrás sobre ¿quién es el profesional sanitario más adecuado para atender a la población de pediatría en los equipos de Atención Primaria? Se han publicado muchas opiniones más o menos documentadas, muchas editoriales, muchas noticias, pero pocas publicaciones que midan efectividad, eficiencia, resultados en salud, seguridad, adecuación o beneficio con altos niveles de evidencia.

Hay que añadir además la disparidad de modelos organizativos de la atención a la población infantil y la heterogeneidad de los análisis. La comparación entre países tiene dificultades metodológicas no sólo porque se estén evaluando distintos modelos de atención

pediátrica en primaria sino porque esta atención está vinculada a perfiles profesionales que no coinciden ni con los de nuestro país ni entre países europeos.

Igualmente ocurre con los programas formativos, que son distintos (4 o 5 años de especialidad; tronco común y especialidades en la mayoría de países; etc.), Respecto al programa formativo de la especialidad de pediatría en España, ya se hablaba en el año 1979 de la necesidad de que los pediatras se formaran en pediatría comunitaria, pero no fue hasta el año 2006, con la entrada en vigor del nuevo programa formativo, que se reguló la rotación específica obligatoria de los residentes durante 3 meses en atención primaria.

Otro elemento a considerar es el que hace referencia a las enfermeras de pediatría en atención primaria. Conviene recordar que la Enfermería Pediátrica se diferenció como especialidad en España en 1964, pero no es hasta el 2005⁵⁸, cuando se estableció el programa formativo de la especialidad, el cual define el perfil de la enfermera especialista en pediatría y las competencias a adquirir durante el periodo formativo. Las enfermeras especialistas en pediatría tienen, según el programa formativo, una rotación de siete meses en atención primaria destinada a adquirir competencias para la atención de los niños y niñas y la familia en el ámbito comunitario. De forma similar a lo que ocurre para los pediatras, existen artículos que han analizado las ventajas e inconvenientes del modelo de atención con enfermeras de pediatría en atención primaria^{59,60}.

Finalmente, por lo que respecta a las preferencias manifestadas por los usuarios/padres, cabe destacar que disponer de pediatras en atención primaria se ha identificado como una conquista social de bienestar⁶¹, que los padres prefieren elegir a pediatras para que sean atendidos sus hijos⁵ y disponer de una consulta de enfermería pediátrica específica^{62,63}. Si bien, como en todo lo comentado hasta ahora, hay autores que identifican importantes sesgos en este tipo de análisis¹⁹.

Consecuentemente a lo expresado hasta ahora y en base a la evidencia que se ha podido encontrar, entendemos que existen más argumentos a favor de mantener un modelo asistencial con equipos de pediatría en atención primaria, pediatras y enfermeras de pediatría, integrados en los equipos de los centros de salud y encargados de atender a la población menor de 14 años que argumentos en contra de abandonar este modelo. A estos argumentos podríamos añadir las previsiones de necesidades de médicos de familia para los próximos años que identifican un déficit importante de estos profesionales⁴⁰ para la atención de la población adulta.

En cualquier caso, frente a la posibilidad de un cambio de modelo, pensamos que sería deseable impulsar estudios observacionales en nuestro medio que puedan evaluar la eficiencia de pediatras o médicos de familia atendiendo a

la población infantil; medir el impacto que puede tener uno u otro sistema de provisión de los servicios de atención infantil con indicadores adecuados o utilizar los modelos de datos masivos de vida real como aproximación a estudios similares a los ensayos clínicos⁶⁴⁻⁶⁵.

Esto nos debería permitir promover un debate informado sobre el modelo asistencial que querríamos tener para atender mejor a la población infantil.

Aunque el tema de la atención primaria tiene una especial importancia a la hora de replantear el modelo de atención, actualmente existen otra serie de temas que necesitan también ser abordados desde la planificación estratégica sanitaria.

En relación a la atención hospitalaria es necesario avanzar en el reconocimiento de las diferentes áreas de capacitación específica de la especialidad (neonatología, gastroenterología pediátrica, endocrinología pediátrica, etc.) para que los pediatras que las desarrollan puedan recibir la formación más adecuada⁶⁶. Además, es preciso buscar soluciones para los problemas de cobertura de guardias en determinados hospitales comarcales que, al disponer de una plantilla más pequeña, es complicado cubrir las bajas, los permisos de maternidad o las guardias que dejan de hacer los profesionales cuando cumplen los 55 años, lo que provoca serias dificultades para ofrecer cobertura 24x7x365.

Otros temas tienen que ver con la organización y el acceso a determinadas prestaciones complejas y con alto impacto en salud como son la oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO), los CSUR pediátricos, la Atención Temprana, o la organización del transporte pediátrico (especialmente en comunidades autónomas de gran dispersión poblacional o con insularidad). Además, cada comunidad autónoma tendrá que tener en cuenta sus características especiales y problemas locales a la hora de diseñar su modelo de atención a la infancia y adolescencia.

Por último, cabría destacar la atención al adolescente como un campo de necesario desarrollo tanto para formar a los pediatras y enfermeras de pediatría como para responder a las demandas de estos pacientes y sus familias o cuidadores.

En este contexto, surge la pregunta con la que damos título a este artículo, ¿necesitamos un Plan Estratégico de Pediatría como instrumento de planificación y coordinación sanitaria para mejorar la salud de la población en edad pediátrica y que defina el modelo de atención más adecuado?

No es la primera vez que se formula esta pregunta y ha habido algunas CCAA que en los últimos años han realizado trabajos en este sentido si bien, por distintas razones, no han conseguido llegar a la publicación de dichos planes⁶⁷.

Distintos elementos son los que se enumeran a la hora de justificar la elaboración de un Plan de la Atención Infantil. Por una parte, los sistemas sanitarios necesitan adaptarse a los cambios demográficos y sociales y tienen que ofrecer respuestas a las necesidades de nuestra población. Las respuestas deben estar sustentadas en la actualización de la evidencia científica, en la innovación, en la seguridad, en las buenas prácticas y en la calidad de la atención. Elaborados adecuadamente, son una herramienta que realmente consigue mejorar el funcionamiento de los servicios sanitarios de modo que son capaces de reducir el impacto de los determinantes sociales en los resultados en salud de la población a la que van dirigidos⁶⁸.

Además, los profesionales, de todos los ámbitos asistenciales que atiendan a la población infantil del SNS, deben disponer de los recursos necesarios para garantizar este tipo de atención.

En definitiva, con este Plan se debería afrontar con eficiencia, sostenibilidad y solvencia los nuevos retos sociales y económicos a los que nos enfrentamos desde el sistema sanitario público, sin dejar de considerar que los costes de oportunidad de implementar unas acciones condicionan aquellas otras acciones que no pueden ser implementadas.

El objetivo fundamental del Plan sería beneficiar en primer lugar a los niños y niñas, a sus familiares y a sus cuidadores. Este objetivo no se alcanzará sin el necesario beneficio que obtendrán también los profesionales que les atienden. Y todo ello debería permitir mejorar la salud no sólo de los niños y niñas sino también de las futuras generaciones de nuestra población.

Para conseguir este objetivo, el Plan debería establecer líneas de actuación que nos permitan desarrollar la atención sanitaria pediátrica de manera eficaz y eficiente, que aseguren la equidad del acceso a los recursos sanitarios y que en definitiva contribuyan a optimizar la

calidad de la asistencia a población pediátrica teniendo en cuenta los recursos disponibles.

Para finalizar, entendemos que los objetivos en este ejercicio de planificación estratégica deberían ser:

- Realizar un análisis de la situación actual de la atención pediátrica en el sistema sanitario público, a partir de la participación de los profesionales implicados para detectar necesidades y puntos susceptibles de mejora, así como también conseguir el consenso entre ellos en el establecimiento de las estrategias que se consideren oportunas. Este análisis debe tratar de identificar los recursos disponibles, especialmente la disponibilidad de profesionales con la capacitación que se considere adecuada en cada caso.
- Incorporar las ideas fuerza que se generarán en el Plan a la visión estratégica que en los próximos años se tendrá de la salud de la población infantil.
- Establecer las prioridades y definir estrategias de intervención que serán objeto de seguimiento y control según el cronograma establecido (corto, medio y largo plazo).
- Alcanzar la coordinación a todos los niveles asistenciales e institucionales. Esto incluirá la necesidad de cambios organizativos, de disponer de escenarios de cooperación, de establecer consensos, de fomentar la participación, de ofrecer transparencia y de promover el buen gobierno.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses relacionado con el artículo.

También declaran que las opiniones expresadas son de exclusiva responsabilidad de los autores y no representan el pensamiento u opinión formal de la institución para la que trabajan.

Bibliografía

1. Instrumento de Ratificación de la Convención sobre los Derechos del Niño, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989. BOE núm. 313, de 31 de diciembre de 1990, páginas 38897 a 38904. [https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/\(1\)/dof/spa/pdf](https://www.boe.es/eli/es/ai/1989/11/20/(1)/dof/spa/pdf)
2. Carta Europea sobre los Derechos de los Niños Hospitalizados (Resolución del Parlamento Europeo Doc. A 2-25/86, DOCE 13 de mayo de 1986)
3. ORDEN SCO/3148/2006, de 20 de septiembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. BOE núm. 246, de 14 de octubre de 2006, páginas 35657 a 35661.
4. II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2013-2016. https://www.msssi.gob.es/ssi/familiasInfancia/Infancia/pdf/II_PLAN ESTRATEGICO_INFANCIA.pdf
5. Ramos Fernández JM et al. Situación de la pediatría hospitalaria en España: informe de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO). *An Pediatr (Barc)*. 2014;81(5):326.e1-326.e8
6. El 24 septiembre de 2018 desde el ministerio de sanidad se firma el acuerdo para el consejo interterritorial del SNS sobre la organización del modelo asistencial del cáncer infantil y de la adolescencia de España. Destaca que las unidades pediátricas del cáncer infantil y adolescente deben tratar a los pacientes hasta los 18 años, y de todas las unidades que existen en España, se deben agrupar para

- hacer convenios en RED y también se exige la creación de comités autonómicos
7. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, and Ehrich J. Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. *PEDIATRICS*. 2002;109(5): 788-96.
 8. <http://www.ecpcp.eu/>. Confederación Europea de Pediatría de Atención Primaria.
 9. Freed GL, Dunham KM, Gebremariam A, et al. Which pediatricians are providing care to America's children? An update on the trends and changes during the past 26 years. *J Pediatr* 2010; 157(1): 148-152.e1.
 10. Levy ML, Fleming L, Warner JO, Bush A. Paediatric asthma care in UK: fragmented and fatally fallible. *Br J Gen Pract* 2019; DOI: <https://doi.org/10.3399/bjgp19X704933>.
 11. Van Ruiten HJ, Straub V, Bushby K, et al. Improving recognition of Duchenne muscular dystrophy: a retrospective case note review. *Arch Dis Child* 2014; 99(12): 1074-7.
 12. Royal College of Physicians. National review of asthma deaths. 2014. www.rcplondon.ac.uk/projects/national-review-asthma-deaths
 13. Peile E. The future of primary care paediatrics and child health. *Arch Dis Child* 2004; 89(2): 113-5
 14. Kossarova L, Devakumar D, Edwards N. The future of child health services: new models of care. London: Nuffield Trust, 2016.
 15. Weiner JP, Starfield BH. *Am J Public Health*. 1983 Jun;73(6):666-71. Measurement of the primary care roles of office-based physicians.
 16. Fishbane M. and Starfield B. Child Health Care in the United States — A Comparison of Pediatricians and General Practitioners. *N Engl J Med*. 1981; 305:552-6
 17. Starfield B, Hoekelman R.A, McCormick M, Benson P, Mendenhall R.C., Moynihan C, and Radecki S. Who Provides Health Care to Children and Adolescents in the United States? *PEDIATRICS* December 1984; 74(6):991-97.
 18. Starfield B, Hoekelman RA, McCormick M, Mendenhall RD, Moynihan C, Benson P, DeChant H. Styles of care provided to children in the United States: a comparison by physician specialty. *J Fam Pract*. 1985 Aug; 21(2):133-8.
 19. Freed G L; Nahra T A; Wheeler J R. Which Physicians Are Providing Health Care to America's Children?. Trends and Changes During the Past 20 Years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(1):22-26. doi:10.1001/archpedi.158.1.22
 20. Boulis AK, Long J. Variation in the treatment of children by primary care physician specialty. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2002 Dec;156(12):1210-5.
 21. Marsh G N, Russell D and Russell I T. Is paediatrics safe in general practitioners hands? A study in the north of England. *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 1989; 138-41.
 22. Buñuel Álvarez JC. et al. ¿Qué profesional médico es el más adecuado para impartir cuidados en salud a niños en Atención Primaria en países desarrollados? Revisión sistemática. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2010;12:(Supl 18): s9-s22
 23. Aparicio Rodrigo M, Ruiz Canela J, Buñuel Álvarez JC, García Vera C, Esparza Olcina MJ, Barroso Espadero D, et al. Paediatricians provide higher quality care to children and adolescents in primary care: a systematic review. *Acta Paediatr* 2020;109:1989-2007.
 24. Aparicio Rodrigo M, Carrasco Sanz A, Sánchez Pina C, Villaizán Pérez C, Fernández Rodríguez M, Orejón de Luna G, Aizpurúa Galdeano P, Pettoello-Mantovani M. The Role of Pediatricians in Providing Greater-Quality Care for Children: An Ongoing Debate. *J Pediatr*. 2021 Apr;231:303-304.e1. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.12.065. Epub 2020 Dec 26. PMID: 33373669.
 25. Asociación Española de Pediatría. Libro Blanco de las Especialidades Pediátricas. Exlibris Ediciones, S.L. ISBN: 978-84-92848-28-7. Obra completa. ISBN: 978-84-92848-29-4. Vol. I. Año 2011.
 26. Saxena S, Bottle A, Gilbert R, Sharland M. Increasing short-stay unplanned hospital admissions among children in England; time trends analysis '97-'06. *PLoS One*. 2009;4(10):e7484
 27. National Diabetes Audit. Key findings about the quality of care for children and young people with diabetes in England and Wales, 2007-2008. En: www.ic.nhs.uk/webfiles/services/NCASP/audits;2008
 28. World Health Organization Regional Office for Europe. European Detailed Mortality Database. En: www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/databases/european-detailed-mortality-database-dmb2;2011.
 29. Respiratory Alliance. Bridging the gap: commissioning and delivering high quality integrated respiratory healthcare. RA. 2003.
 30. Asthma UK: The asthma divide: inequalities in emergency care for people with asthma in England. En: www.Asthma.org.uk/all_about_asthma/publications/the_asthma_divide_.html;2007.
 31. Abbas S, Ihle P, Heymans L, Küpper-Nybelen J, Schubert I. Differences in antibiotic prescribing between general practitioners and pediatricians in Hesse, Germany. *Dtsch Med Wochenschr*. 2010 Sep;135(37):1792-7. doi: 10.1055/s-0030-1263321. Epub 2010 Sep 7.
 32. Begoña Domínguez Aurrecoechea, Carlos Valdivia Jiménez. La pediatría de atención primaria en el sistema público de salud del siglo XXI. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*.2012;26 (S):82-7.
 33. Sices L, Feudtner C, McLaughlin J, Drotar D, Williams M. How do primary care physicians manage children with possible developmental delays? A national survey with experimental design. *Pediatrics* 2004;113:274
 34. Wolfe I et al. Improving child health services in the UK: insights from Europe and their implications from the NHS reforms. *BMJ* 2011;342:d1277.
 35. Newson T.P. Would primary care paediatricians improve UK child health outcomes? *British Journal of General Practice*, April 2020; 195-6.
 36. Seguí Díaz M. Quién debe atender a los niños: la opinión del médico de familia. *SEMERGEN*. 2006;32(8):390-8
 37. Ni Bhrolchain CM. Who should provide primary care for children? *Arch Dis Child* 2004; 89(2): 116-7.
 38. Gorrotxategi Gorrotxategi P, García Vera C, Graffigna Lojendio A, Sánchez Pina C, Palomino Urda N, Rodríguez Fernández-Oliva CR, et al. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en España en 2018. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:e89-e104
 39. Hernández Guillén R, Domínguez Aurrecoechea B, Sánchez Cordero N. Condiciones de trabajo de los pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2014;16:21.e1-e18.
 40. Barber Pérez P, González López-Valcárcel B. Informe Oferta-Necesidad de Especialistas Médicos 2021-2035. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. Enero 2022. <https://www.sanidad.gob.es/areas/profesionesSanitarias/profesiones/necesidadEspecialistas/>

- docs/2022Estudio_Oferta_Necesidad_Especialistas_Medicos_2021_2035V3.pdf
41. García Romero M. Evolución de la demografía médica en Baleares y su utilidad en la planificación de recursos de profesionales médicos. Tesis doctoral 2022. <https://dspace.uib.es/xmlui/handle/11201/159970>
42. Resolución de 23 de julio de 1998, de la Presidencia Ejecutiva del Instituto Nacional de la Salud, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria, y se ordenan sus funciones y actividades. EN: Boletín Oficial del Estado (en línea) (consultado el 14/10/2022). Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/1998/08/06/pdfs/A26738-26740.pdf>
43. Gorrotxategi Gorrotxategi P, Valls Durán T, Sánchez Díaz MD, Peix Sambola MA, Suárez Vicent E; Junta Directiva de la AEPap. Influencia de las formas de organización en la asistencia a la población infantil en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2018;20:e39-e53.
44. Hernández Morillas MD, Peñalver Sánchez I, Puente Antón E. Situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Andalucía. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 1999;1:31-5.
45. Morell Bernabé JJ, Álvarez Gómez J, Mola Caballero de Rodas P. Situación actual de los pediatras de Atención Primaria en Extremadura y Asturias: Resultados y conclusiones de una encuesta. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2000;2:543-52.
46. Mora Gandarillas I. Resultados de una encuesta sobre la situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Castilla y León. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2002;4:197-208.
47. González Rodríguez P, Sueiro Pita B, Carnicero Pastor MJ. Situación actual de la Pediatría de Atención Primaria en Madrid. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2003;5:375-84.
48. Bamonde Rodríguez L, Valls Durán T, Amigo Ferreiro ME, Díaz Sánchez A, Díaz-Cardama Sousa I, Gamelo Suárez L, et al. Situación de la Pediatría de Atención Primaria en Galicia. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2009;11:17-31.
49. Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Arranz Gómez J, Zudaire Albéniz JI, Ugarte Libano R, García Pérez R, Ruiz de Larrea C, et al. Necesidades y objetivos de los pediatras del País Vasco/Euskadi (España). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2012;14:e5-e11.
50. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Rodríguez Fernández-Oliva CR, Miranda Berrioategortua I, et al. "Puntos negros" de la asistencia a la población infantojuvenil en Atención Primaria en España (primera parte). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:15-31.
51. Sánchez Pina C, Palomino Urda N, De Frutos Gallego E, Valdivia Jiménez C, Lorente García S, Bernad Usoz JV, et al. "Puntos negros" de la asistencia a la población infantojuvenil en Atención Primaria en España (segunda parte). *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2011;13:e1-e14.
52. Junta Directiva de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap). Posicionamiento de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap) sobre el modelo de asistencia infantil. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2016;18:e239-e245.
53. Decálogo de propuestas de mejora de la Pediatría de Atención Primaria. En; AEPap (en línea) (consultado el 14/10/2022) Disponible en <https://www.aepap.org/actualidad/noticias-aepap/decalogo-de-propuestas-de-mejora-de-la-pediatría-de-atencion-primaria>
54. Sánchez Pina C, Cantarero Vallejo MD, Gorrotxategi Gorrotxategi PJ, Villaizán Pérez C, Suárez Vicent E, Mambié Menéndez M, et al. 21 propuestas de mejora para la Pediatría de Atención Primaria en el año 2021. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2021;23:433-8
55. Almazán Fernández de Bobadilla MV, Ortega Páez E, Callejas Pozo JE, Zurita Muñoz A: Modelo de atención sanitaria a la infancia y adolescencia en Atención Primaria. La realidad de una atención integral compartida. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2023;24:357-65. <https://doi.org/10.60147/ebc82ddc>
56. Marco Estratégico para la Atención Primaria y Comunitaria. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019 https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Marco_Estrategico_APS_25Abril_2019.pdf
57. Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria. 2022-2023. Marco Estratégico de Atención Primaria y Comunitaria. CISNS. 2021 https://www.sanidad.gob.es/areas/calidadAsistencial/estrategias/atencionPrimaria/docs/Plan_de_Accion_de_Atencion_Primaria.pdf
58. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Ministerio de la Presidencia «BOE» núm. 108, de 6 de mayo de 2005 Referencia: BOE-A-2005-7354. www.boe.es/eli/es/rd/2005/04/22/450/con
59. García Vallejo R, Alberquilla Menéndez-Asenjo A, Antón Barca C, García López M, López Palacios S. Enfermera familiar o de pediatría: ¿qué modelo de trabajo es más efectivo en Atención Primaria? *Metas Enferm* 2017; 20(3): 49-55.
60. Van Esso et al. Paediatric primary care in Europe: variation between countries. *Arch Dis Child* 2010; 95:791–795. 792 doi:10.1136/adc.2009.178459.
61. Escribano E. La pediatría en el modelo español de atención primaria. *Aten Prim* 2000;2:9-13.
62. García Callejo V, Domínguez Pérez L. Enfermería pediátrica vs enfermería de familia; opiniones de los profesionales y los padres de los niños de San Sebastián de los Reyes Madrid. *Rev Ped Aten Primaria* 2012;14:27-30.
63. Nieto de Antonio I, Gómez de Cádiz Villarreal A, Aragón Lavale D, Flores Berzal L Vega González M A. Enfermera de familia frente a enfermera de pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 395-8.
64. Sheffield, K. M., Dreyer, N. A., Murray, J. F., Faries, D. E., & Klopchin, M. N. (2020). Replication of randomized clinical trial results using real-world data: paving the way for effectiveness decisions. *Journal of Comparative Effectiveness Research*, 9(15), 1043–1050. <https://doi.org/10.2217/ce-2020-0161>
65. Purpura, C. A., Garry, E. M., Honig, N., Case, A., & Rassen, J. A. (2022). The Role of Real-World Evidence in FDA-Approved New Drug and Biologics License Applications. *Clinical pharmacology and therapeutics*, 111(1), 135–144. <https://doi.org/10.1002/cpt.2474>
66. Libro Blanco de las ACES pediátricas 2021. Asociación Española de Pediatría, 2022. ISBN: 978-84-09-40307-3. <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/acespediatricas2021.pdf>
67. Castaño Riera E.J, Martín Sánchez M.J, Bosch Fitzner A, Muñoz Alonso Y. Análisis DAFO de la Pediatría de Atención Primaria en el marco de un plan estratégico. Póster presentado en el 64 Congreso de la Asociación Española de Pediatría (AEP). Valencia, 2016.
68. Ward JL, Wolfe I, Viner RM. Cause specific child and young person mortality in the UK and EU15 countries. *Arch Dis Child* 2019; 104(Suppl2): 4.