

Quién debe atender a los niños: la opinión del médico de familia

M. Seguí Díaz

UBS Es Castell. Menorca. España.

Puede que quien lea el título de este artículo y empiece estas líneas piense que la cuestión que se plantea está actualmente superada, es en buena medida anacrónica y que no tiene mucho sentido plantársela. Nuestro sistema apostó hace algunos años por poner especialistas atendiendo a nuestros niños, y a primera vista esto no tiene discusión, ya que ¿quién mejor para atender a los niños y adolescentes que aquel que está especializado en la infancia?

Sin embargo, si uno se pone a pensar y observa lo que ocurre fuera de nuestras fronteras se da cuenta: por un lado, de que existen distintos sistemas de atención a la infancia sin que los resultados en salud sean diferentes, y que lo habitual es que el médico de familia de una manera u otra se encuentre implicado en su atención^{1,2}; y por otro, que no existe ningún sistema sanitario estático y que todos intentan realizar modificaciones e innovaciones con las que hacerlos más eficaces, o mejor dicho, más costefectivos y satisfactorios para sus ciudadanos. ¿Qué profesional precisa nuestro Sistema Nacional de Salud (SNS) para la atención a los niños? ¿Cuál sería más efectivo, más eficiente en nuestro nivel si ambos estuvieran en las mismas condiciones: el pediatra (PED) o el médico de familia?

Ésta es la controversia y es misión nuestra poner algo de luz sobre esta cuestión.

En un lado de la balanza tenemos el hecho de que los niños sean atendidos por especialistas no es lo habitual en los países occidentales. Sin embargo, en España se ha llevado a su máxima expresión, pues los especialistas atienden al 99% de la población pediátrica hasta los 14 años, sin que exista evidencia científica que lo justifique y sin que ello suponga, en opinión de este firmante, ninguna ventaja para nuestro sistema nacional de salud. Y es que se ha llevado a su máxima expresión, pues ya siendo España el segundo país de Europa en número de pediatras y el tercero por número de habitantes, se siguen precisando más pediatras en el sistema sanitario para que este funcione correctamente³. Los que hay al parecer no son suficientes.

Entonces, nos preguntamos, ¿el incremento en número de pediatras responde a una necesidad de nuestro país? Si no lo es porque se incrementan las plazas de estos en las convocatorias MIR (276 en 2001, 315 en el año 2005) con el objetivo encubierto de llegar a contar con un pediatra por cada 600 niños⁴. ¿Está justificado que se pretenda que España sea el primer país del mundo en número de pediatras por habitante?^{3-5,6}

En el otro lado de la balanza tenemos que nuestros problemas en la infancia son iguales o incluso peores comparados con los países occidentales, léase: tasas de frecuentación a urgencias y a los Centro de Salud, resistencia a los antibióticos (el segundo de Europa), tasas de hospitalización... hasta problemas clínicos como la obesidad infantil (15%, primer país de Europa), los accidentes infantiles, el hábito tabáquico, la drogadicción, las interrupciones de embarazo en adolescentes... todo ello sin que la participación de los pediatras en nuestro nivel suponga, en opinión de quien escribe estas líneas, ningún valor añadido.

¿A qué se deberá que en la atención a los niños –en contra de todo criterio epidemiológico– se precisen listas de pacientes más reducidas que en los adultos, dedicándoles más tiempo? ¿Acaso están más enfermos y/o padecen mayor pluripatología/coomorbilidad en España que nuestros pacientes con más edad?

Sabemos que la atención familiar, según la definición de la WONCA (*World family doctors. Caring for people*), no tiene en cuenta la edad, el sexo ni la condición del individuo que acude a nuestras consultas, e incluye a la atención al niño desde el nacimiento, incorporando desde los cuidados anticipatorios (prevención, y promoción de la salud) desde antes de la concepción en la mujer, en la gestación, hasta la asistencia al infante enmarcándole dentro su estructura familiar y social. ¿Por qué no puede aplicarse esta definición a la atención que realizan los médicos de familia/médicos generales (MF/MG) españoles?⁷

¿Por qué en España la asistencia a la infancia es exclusiva de los especialistas en pediatría?

La preocupación por la infancia en España, como en el resto de Europa, viene desde principio del siglo pasado por la necesidad de disminuir la enorme mortalidad infantil (superior a 200 anual por cada 1.000 nacidos vivos) que existía.

Correspondencia: M. Seguí Díaz
C/ Noria den Riera, 3. 07720 Es Castell. Menorca. España.

tía. La institucionalización de la protección médica a la infancia en España mediante una legislación *ad hoc*, la creación de los “consultorios de lactantes y gotas de leche” –1902–, el empleo de nodrizas, la creación de la figura del médico “puericultor” y la creación de un “Consejo Superior de Protección a la infancia” integrado por Juntas de Protección a la Infancia, compuestas por médicos titulares sufragados por los ayuntamientos –MF–, fue el primer paso. Después vendría la creación de las Escuelas de Maternología –1918– de la Escuela Nacional de Puericultura –1923–... Un ingente esfuerzo colectivo que logró controlar las tres causas clásicas de Mouriquand de la mortalidad infantil: “el infeccioso”, “el alimenticio” y el “congénito” (Piedrola 1983), y disminuir la mortalidad infantil hasta los 5 por mil nacidos vivos el primer año, actuales⁸.

Al margen de esta necesidad histórica por la que se creó la figura del puericultor, la atención a la infancia por especialistas en la actualidad tiene que ver más con que España haya sido uno de los países con mayor número de médicos (el tercero detrás de Grecia e Italia) y en donde las tasas de especialización hayan sido de las más altas de Europa³, que con una necesidad normativa en la atención al niño. La tendencia especializadora en nuestro país ha sido creciente desde hace varias décadas; así, en 1978 España con 57,6% de especialistas por número de médicos ya tenía los porcentajes más altos de Europa, y en 1996 con el 63% llegó a tener la tasa de especialización más alta de Europa⁹⁻¹¹.

En este sentido, no es de extrañar que el número de pediatras en 1982 ya fuera superior a la media europea, y que su influencia en la Atención Primaria (AP) haya ido incrementándose a lo largo del tiempo. Del 16% de los médicos de AP en 1982 se llegó al 23,5% en el antiguo INSALUD en 1996. Un aumento de los pediatras a expensas de los médicos de familia manteniendo una formación y visión eminentemente hospitalaria⁹⁻¹¹.

Es probable que el paro pediátrico a final de los años 70 influyese en la Comisión de Especialidades para que ésta se decantase por un modelo en el que los pediatras pudieran optar tanto por la atención hospitalaria como por la AP. No es de extrañar que al irse amortizando plazas hospitalarias al mejorar la salud infantil y disminuir las necesidades hospitalarias (enfermedades infecciosas, deshidrataciones), surgiera la reivindicación de aumentar la edad pediátrica hasta los 14 años en AP, con la que dar salida a un excedente de especialistas. En este sentido, los datos de la fundación CESM¹² ya señalaban un paro de pediatras superior al de MF –9,3% en pediatría frente al 2,8% en MF en 1999– que se pensaba se iría incrementando con los años, ya que el número de pediatras se duplicaría en el año 2018. Un aumento de los efectivos que contrasta en este momento con una realidad de carencia de pediatras –variable según autonomías– para mantener la demanda actual. Nuevos datos de la misma fuente (Demografía médica en España. Mirando al Futuro) señala un riesgo de descapitalización de los recursos médicos fundamentalmente debido al envejecimiento de la profesión médica –jubilaciones– a partir de 2015¹³.

Esto nos enseña que no se puede cambiar una estructura asistencial por la cantidad de recursos especialistas con los que se cuentan ni por las presiones corporativas del momento. Nos demuestra la dificultad de hacer previsiones de necesidades a largo plazo con los datos actuales, sin tener en cuenta variables como el aumento de la natalidad por la inmigración, aumento de la edad pediátrica –que ha subido en alguna autonomía a 15 o más años–, el número de niños asignados por pediatra –tendencia a disminuir–, la edad de jubilación –65 años–, etc. Y finalmente nos confirma la necesidad de potenciar personal médico generalista capaz de asumir la atención a la infancia que evite esta dependencia de especialistas y con ello las fluctuaciones de recursos humanos especialistas.

En similares planteados por el Ministerio de Sanidad y Consumo en 1982⁹ sobre las necesidades de profesionales asumiendo los pediatras el 90-100% de la población hasta los 14 años se vio que esto perjudicaba claramente a los MG/MF –sobraba personal– al tiempo que creaba grandes necesidades de pediatras en el sistema. A pesar de ello se aumentó el tramo asistencial hasta los 14 años, y aquellos “polvos trajeron estos lodos” creándose a la vez que una mayor dependencia, un déficit de especialistas.

La asistencia pediátrica no puede descansar únicamente en manos de médicos especialistas pues nunca existirá una oferta de profesionales acorde con la demanda que hace la población. Faltarán o sobrarán; es a todas luces imposible garantizar –como ocurre actualmente– una asistencia íntegramente por especialistas las 24 horas del día todos los días de la semana.

¿Cuál es la situación actual de la atención en la infancia en los países desarrollados?

El trabajo más reciente que aborda la situación de la atención a la infancia en Europa es el realizado por *The Union of National European Pediatric Societies and Associations*¹ que mediante un cuestionario con 12 preguntas enviadas a las 41 Sociedades Pediátricas Nacionales Europeas se les preguntaba sobre la asistencia pediátrica en AP, la pediatría comunitaria, así como el tipo de formación que reciben los profesionales a cargo de la salud infantil.

Dejando al margen quién promueve la investigación, la metodología del estudio, pues no se consulta a las sociedades en medicina familiar/general europeas, donde solo respondieron 34 sociedades encuestadas, y que el límite a partir del cual se consideraba que existía asistencia pediátrica se encontraba en el 75% de la población pediátrica asistida, el estudio desvela que en los 34 países consultados, –(83% de los encuestados)– existen varios sistemas de atención a la infancia.

El grupo más numeroso de países –16 países– es el llamado grupo mixto donde la asistencia corre a cargo tanto del médico de familia como del pediatra (igual proporción de niños atendidos entre MF/MG y PED). Después vienen aquellos que tienen pediatra en asistencia primaria (más del 75% de los niños son atendidos por el PED) que agrupa a 12 países –donde, salvo España, Grecia y Chipre, son países de la órbita comunista–, de los que, cuatro se en-

cuentran en vías de pasarse al grupo mixto. Y por último, aquellos países en donde únicamente el médico de familia (más del 75% de los niños atendidos) es el que se ocupa de la asistencia de los niños –señala 6 países. La realidad es que confrontando otras fuentes^{6,14} serían al menos 10 países: Dinamarca, Reino Unido, Alemania, Irlanda, Finlandia, Holanda, Islandia, Noruega, Suecia y Rumanía. En Francia solo el 20% de los niños serían atendidos por el pediatra y en Italia la atención por especialistas se limita hasta los 6 años (85%). Queda claro pues, que al menos en el 66% de los países europeos –según este estudio, más según otras fuentes–, el médico de familia estaría implicado en la atención a los niños en AP.

Con todo, aun existiendo países donde el pediatra atiende en exclusividad a los niños, el caso español es insólito en Europa al contar con que el 99% de la atención y hasta los 14 años se encuentra a cargo de especialistas de pediatría, y no permitiendo en modo alguno que el médico de familia incorpore en su lista de paciente a familias enteras.

¿Tiene justificación esta situación asistencial?

¿Existe alguna justificación para que los niños sean atendidos por especialistas?

Se ha comentado con profusión que no sería posible alcanzar la mortalidad infantil que tenemos, ni las coberturas vacunales que disfrutamos, ni mantener el nivel de hospitalización actual de nuestros niños sin la participación de los pediatras en nuestro nivel. ¿Es esta afirmación cierta?

El descenso de la mortalidad infantil (mortalidad al año por 1.000 nacidos vivos) ha sido constante y progresiva desde los años 60 por una mejora en los factores socioeconómicos –renta per cápita–, higiene medioambiental, educación y preocupación por parte de las autoridades sanitarias en todos los países desarrollados. Y todos ellos han conseguido cifras de mortalidad infantil parecidas^{15,16} (tabla 1). Pequeñas asociaciones estadísticas en relación a la asistencia por pediatras de AP en países con el mismo nivel de renta, que se han querido utilizar para justificar a éstos en nuestro nivel¹, no demuestran en absoluto causalidad, habida cuenta de que en la mortalidad infantil se incluye la mortalidad neonatal (< 28 días) y la postnatal (de 28 días hasta el año), correspondiendo a la primera más de la mitad de la mortalidad por esta causa en nuestro país (61% en 1998, para una mortalidad infantil del 4,9 por 1.000 nacidos vivos), mortalidad que depende además de las causas generales ya señaladas, de la atención impartida a nivel prenatal por otros actores sanitarios de AP –médicos de familia, comadronas...–, o aquella postnatal por personal hospitalario (ginecólogos, neonatólogos, comadronas...)¹⁵.

Por otra parte, que el alto nivel de vacunación (difteria, tétanos, pertusis [DTP], polio, triple vírica) llegue al 95% en 1999 –cayó al 84% en 1992– se debe a una buena implantación nacional del calendario vacunal que es obligatorio y a la participación de los profesionales sanitarios (enfermería, pediatras y médicos de cabecera) desde hace muchas décadas. Solo señalar que a partir de los Reales

Tabla 1. Mortalidad infantil por cada 1.000 nacidos vivos al año y a los 5 años en los países industrializados

	Mortalidad infantil		Mortalidad < 5 años nacimiento	
	1970	2002	1970	2002
Noruega	13	4	15	4
Suecia	11	3	15	3
Australia	17	6	20	6
Canadá	19	5	23	7
Holanda	13	5	15	5
Bélgica	21	5	29	6
Islandia	13	3	14	4
EE.UU.	20	7	26	8
Japón	14	3	21	5
Irlanda	20	6	27	6
Suiza	15	5	18	6
UK	18	5	23	7
Finlandia	13	4	16	5
Austria	26	5	33	5
Luxemburgo	19	5	26	5
Francia	18	4	24	6
Dinamarca	14	4	19	4
Nueva Zelanda	17	6	20	6
Alemania	22	4	26	5
España	27	4	34	6
Italia	30	4	33	6
Israel	24	6	27	6
Grecia	38	5	54	5
Singapur	22	3	27	4
Portugal	53	5	62	6

Fuente: ONU. *Human Developed Report 2004*

Decretos [RD] sobre Estructuras Básicas de Salud (1984) y de la Ley General de Sanidad (1986), las vacunaciones obligatorias, competencia de la administración sanitaria y a cargo de los sanitarios locales (médicos y enfermeras titulares), se traspasó a los centros de salud¹⁷. No cabe duda, sin embargo, de que la campaña activa por parte de una gran parte de los pediatras de AP de nuestro país para prescribir aquellas vacunas que por el solo hecho de ser nuevas son avaladas como necesarias, pero detrás de las que existe, además de la presión de la industria farmacéutica, una dudosa coste-efectividad (v neumococo conjugada, varicela)¹⁸⁻²¹.

Aunque se ha demostrado que existe una relación entre el número de médicos de familia y la disminución del riesgo de hospitalización²², que esta dependa del profesional que atiende al niño en España no ha sido demostrado, salvo en lo que tiene que ver con cambios organizativos creados tras la reforma de AP²³. La hospitalización evitable supone aún hoy una proporción importante de las hospitalizaciones pediátricas en nuestro país, en donde la influencia de los pediatras de AP tiene poca o nula influencia^{24,25}.

Por otra parte, la epidemiología, la morbilidad atendida no justifica que existan pediatras en AP habida cuenta de que los motivos de consulta por su complejidad y frecuencia son fácilmente asumibles por un médico de familia con un mínimo de formación. Así, la labor en AP en este estrato de edad se distribuye básicamente en exámenes de salud del niño sano (15-30%), infecciones respiratorias

(40-60%), niños inapetentes (10%), otitis (5%), y en menor grado, exacerbaciones asmáticas, traumatismos (esguinces), dermatitis, gastroenteritis, síntomas mal definidos (llanto, irritabilidad...) etc...^{26,27}. De las enfermedades crónicas la única atendida íntegramente en el primer nivel es el asma bronquial, patología cuyo manejo a partir de los 5 años, que es cuando se empieza a hacerse realmente prevalente, no se diferencia sustancialmente de la atención al asmático adulto²⁸. Otras patologías crónicas en la edad pediátrica dada su complejidad están compartidas con otros especialistas: trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad; o bien se manifiestan de la misma forma que en el adulto: obesidad, asma bronquial; o, dada su infrecuencia, impiden al médico del primer nivel ser competente en su manejo y que exija la atención integral en otro nivel asistencial: diabetes 1, mucoviscidosis, epilepsia...

Una de las diferencias que distingue nuestro nivel de la atención especializada es la presencia de una mayor variedad de motivos de consulta y de posibles diagnósticos (se afirma que el 50% de las consultas han de incluir al menos un 30% de diagnósticos). Los pediatras en este sentido, al incluir solo un 8% de los diagnósticos más frecuentes, se comportan como personal especialista en nuestro nivel¹⁴.

Existen pocos estudios que comparen al médico de familia con el pediatra y estos suelen adolecer de defectos de ubicación (países anglosajones, habitualmente EE.UU.), sesgos de selección al no distinguir médicos de familia que atienden niños de aquellos que solo atienden adultos (cualquier estudio hecho en España donde el médico de familia no atiende a los niños daría diferencias significativas a favor de los pediatras de AP), de metodología –habitualmente encuestas enviadas por correo postal– y a veces poblaciones reducidas que reducen la validez externa de los estudios. A pesar de ello, Barbara Starfield en su libro *Atención Primaria*¹⁴ haciéndose eco de estos trabajos, señala que los pediatras en comparación con los médicos de familia tienden a solicitar más pruebas analíticas y complementarias para los mismos diagnósticos, prescriben tratamientos menos precisos y utilizan parecida cantidad de antibióticos²⁹. Los médicos de familia ofertan servicios más variados (por ejemplo cirugía menor), utilizan menos fármacos y vacunan igual o algo menos que los pediatras^{30,31}. La atención prestada a los niños por ambos colectivos y el manejo de las enfermedades pediátricas y sus resultados en salud son parecidas. Existen estudios donde el grado de satisfacción del paciente atendido por el médico de familia fue superior¹⁴.

Con todo, aunque existen pequeñas diferencias en el manejo de las distintas patologías los resultados, de salud entre uno u otro profesional no son muy distintos para poder afirmar que uno es superior a otro. Existiendo estudios para todos los gustos. En general, no existen diferencias sustanciales en el manejo de guías de práctica clínica para el manejo de patologías crónicas (por ejemplo asma bronquial)³², el diagnóstico de patologías agudas (por ejemplo otitis)³³, aunque existen variaciones según la formación del profesional –a favor o en contra– que no permiten asegurar que uno sea superior al otro: en ciertos diagnósticos,

consejos preventivos, en la derivación a otros niveles, urgencias...³⁴⁻⁴⁶.

Dejando al margen aquellos trabajos que indican que la prescripción de antibióticos está relacionada con la edad del galeno, los años transcurridos desde la licenciatura, la presión asistencial, o en algún país con el hecho de ser MF/MG, la responsabilidad de nuestro sistema de atención a la infancia en el hecho de que seamos el segundo país de Europa en resistencias a los antibióticos es innegable, habida cuenta que el porcentaje mayor en su prescripción se realiza en este nivel⁴⁷⁻⁵⁰. En este sentido, si bien es cierto que tanto los PED como los MG/MF tienen una hábito prescriptor parecido en España para los mismos diagnósticos (por ejemplo: un tercio de las infecciones respiratorias superiores agudas son tratadas con antibióticos), la mayor morbilidad respiratoria en estas edades y la mayor frecuentación por falta de filtro familiar a nivel ambulatorio como de servicios de urgencias facilitan el sobretratamiento antibiótico en estos estratos de edad^{51,52} (tabla 2).

Problemas que plantea la atención de la infancia por especialistas

Es conocido que la toma de contacto con el médico transforma los autocuidados habituales que administra la familia –el cuidador principal–, en cuidados profesionales en donde la clasificación de la molestia (diagnóstico) y su tratamiento incrementa el riesgo de sobreintervención al utilizar técnicas diagnósticas y terapéuticas que pudieran no estar indicadas. Es por esto que se ha señalado la gran importancia del filtro familiar en la atención sanitaria en general y de nuestros niños en particular, por la gran cantidad de patología banal que éstos tienen y que con frecuencia acaba en la consulta del médico^{53,54}. La instauración de programas de atención a la infancia –niño sano– sin una base científica y aplicados por médicos especialistas^{31,55} ha contribuido a la desaparición del filtro familiar, aumentando la preocupación –neurotización de los padres– y la sobreutilización del sistema sanitario^{26-27,56-58}, con una hiperfrecuentación asistencial de los servicios de urgencia y Punto de Atención Continuada (PAC). Está demostrado que si se deja a la libre elección entre médicos de familia o especialistas, mejora la satisfacción y con ello aumenta las consultas al especialista⁵⁹. Algo así está sucediendo en EE.UU. en la actualidad –país donde el médico de familia como el pediatra atienden a los niños/adolescentes–, donde empieza a notarse un cierto repunte en las visitas al pediatra en detrimento del médico de familia⁶⁰.

En este aspecto, al maximizar los deseos de la población (atención por especialistas sin filtros) por encima de la necesidad normativa (o aquellas definidas externamente por los expertos)⁶¹, se fomenta la utilización excesiva del sistema sanitario (pediatría ambulatoria, centros de urgencias) y se facilita, al margen de la competencia profesional de los distintos profesionales sanitarios, el sobretratamiento (tal como hemos visto en el caso de los antibióticos).

La pediatrodependencia así fomentada, tiene efectos sobre los padres que, deslumbrados por la especialización, desconfían de los médicos generalistas que eventualmente

Tabla 2. Trabajos sobre la prescripción de antibióticos en pediatría en Atención Primaria

Referencia	Tipo y diseño del estudio	Objetivo	Tamaño de la muestra	Resultados	Comentarios
Carlos Ochoa, et al. ⁵²	Estudio multicéntrico descriptivo realizado en 11 servicios de urgencias de hospitales españoles	Describir la variabilidad y la adecuada prescripción de antibióticos en las infecciones respiratorias agudas durante la infancia en España	6.249 casos con infecciones respiratorias agudas en un periodo de seis meses	Los casos inapropiados fueron: el 54,8% de las faringoamigdalitis, el 34% de las infecciones respiratorias no especificadas, el 31,5% de las bronquitis, el 25% de las otitis	Hay un excesivo uso de antibióticos en infecciones respiratorias agudas que son presumiblemente víricas en su origen
Álvarez Carrera, et al. ⁵¹	Estudio de utilización de medicamentos (EUM) tipo indicación-prescripción de diseño observacional transversal	Conocer la prescripción de antibióticos, en problemas infecciosos frecuentes, en el paciente ambulatorio adulto y pediátrico	Se recogieron 1.596 episodios en el periodo comprendido entre noviembre de 1999 y febrero de 2000, 975 (61%) de adultos y 621 (39%) de pediatría	Entre los niños, se prescribió tratamiento antibiótico al 32,1% (IC del 95%, 23,5-40,8%) de las IRA, al 58,8% (IC del 95%, 49,3-68,4%) de las faringitis. Entre los adultos, recibieron tratamiento antibiótico el 35,8% (IC del 95%, 27,3-44,2%) de las IRA, el 58,9% (IC del 95%, 50,4-67,4%) de las faringitis	Es necesario tomar medidas locales de política de antibióticos que mejoren su utilización en el paciente ambulatorio
Arnold SR, et al. ⁴⁷	16 supuestos clínicos de niños con infecciones respiratorias enviadas por correo a 540 PE y MF en Ontario, Canadá	Determinar el perfil de prescripción antibiótica en niños con infección respiratoria	Un total de 257 médicos respondieron (48%)	La mayor prescripción antibiótica se asociaba con el número de pacientes atendidos por semana (OR, 1,05; 95% CI, 1,01 a 1,08 por cada 20 pacientes), la edad del médico (OR, 1,17; 95% CI, 1,11 a 1,24, cada 5 años), y ser MF (OR, 1,54; 95% CI, 1,22 a 1,96)	Son varios los factores tanto clínicos como correspondientes al profesional que influyen en la prescripción de ATB
Arch G, Mainous III, et al. Arch Pediatr Adolesc Med. 1998; 152:349-352	Estudio descriptivo sobre episodios de infección respiratoria alta aguda -IRA- en niños (menores de 18 años) según el Kentucky Medicaid program desde julio de 1995 a junio de 1996	Examinar las características de los profesionales médicos asociadas con una alta prescripción de antibióticos en las infecciones respiratorias agudas	34.624 episodios de infección respiratoria alta aguda en niños (menores de 18 años)	Los altos prescriptores se asociaban a más años pasados desde la licenciatura (27 frente a 19 años; $p < 0,001$) ya que atender más IRA que los bajos prescriptores (229 frente a 98; $p = 0,001$). La regresión logística comparando mostró que los MF eran 409 hiperprescriptores (95% intervalo de confianza I [CI], 29-7.276) frente a 318 (95% CI, 17-6.125) de otros médicos de AP	Son varios los factores dependientes del profesional que influyen en la prescripción de ATB en las IRA
Schwartz RH, et al. ⁵⁰	Encuesta enviada a pediatras y médicos de familia que estaban en activo en 1994 en el Norte de Virginia	Determinar cómo se trata la rinitis aguda purulenta en atención primaria	450 pediatras y médicos de familia	El 94% de los MF y el 95% de los PED ($p = 0,8$) indicaron antibioterapia inmediata a los niños con rinitis aguda purulenta. La amoxicilina fue la elección inicial en el 89% de los MF frente al 76% de los PED ($p = 0,003$)	Pocas diferencias entre profesionales en el tratamiento de esta entidad clínica
McCaig LF et al. JAMA. 2002; 287:3096-102	Encuesta del National Ambulatory Medical Care durante los periodos de dos años de 1989-1990 y 1999-2000	Valorar el cambio de tendencia en la prescripción de antibióticos de forma global y para las infecciones del tracto respiratorio en niños y adolescentes menores de 15 años	Se estudiaron 2.500 y 3.500 médicos respectivamente sobre 6.500 y 13.600 visitas pediátricas (< 15 años)	La tasa poblacional anual global de prescripción de antimicrobianos por 1.000 niños y adolescentes menores de 15 años disminuyó de 838 (IC 711-966) en 1989-1990 a 503 (IC 419-588) en 1999-2000. En cuanto a la tasa de prescripción según visita médica, bajó de 330 prescripciones de antibióticos por 1.000 visitas médicas (IC 305-355) a 234 (IC 210-257)	Como demuestra este estudio existe una tendencia en la disminución del uso de antibióticos en la población infantil

tienen que atender a sus hijos, creándose revisitas al pediatra, aumento en la frecuentación al sistema sanitario, incremento de pruebas complementarias y exceso de medicación. Del mismo modo, la pediatrodependencia es causa de fraude a nuestros pacientes, cuando quien asume el puesto de pediatra no es tal, sino un médico de familia. La exigen-

cia por la población de esta figura se impone como una obligación para el SNS que ante la carencia de pediatras por falta de recursos humanos obliga a su sustitución por MF/MG, creando unos riesgos innecesarios a nuestros niños.

Es conocido que en AP la parcelación por edades dificulta la longitudinalidad en la atención (el mismo profe-

sional durante la vida del individuo) y rompe el componente biopsicosocial de la atención al niño/adolescente, algo especialmente importante en los casos de malos tratos, distocias sociales, drogadicción, interrupciones de embarazo... Estos aspectos, se ven agravados en el caso del pediatra por un desconocimiento total del entorno en el que vive el niño/adolescente al haber desaparecido prácticamente las visitas domiciliarias en estos estratos de edad^{62,63}. En este aspecto, la carencia de una visión familiar y comunitaria del niño impide realizar en ciertos casos un abordaje epidemiológico de la enfermedad que padece el niño. Este efecto queda claro en enfermedades infecciosas, en cardiopatías... Un ejemplo paradigmático es el estudio de contactos ante un caso de tuberculosis, donde el encargado de su estudio tal como indican los consensos debería ser el profesional que diagnostica el caso índice⁶⁴.

En otros aspectos, la no distinción entre profesionales especialistas entre niveles en España –pues ambos tienen la misma titulación– crea la “falsa seguridad” en el especialista que se encuentra en AP de que posee una competencia profesional idéntica a la hospitalaria, que solo es así cuando se encuentra en el segundo/tercer nivel, pero que va menguando con los años en AP al encontrarse condicionada por la frecuentación y variedad de diagnósticos atendidos. Esta situación, aunque no se perciba, somete a riesgos innecesarios de equivocación a nuestros niños. De la misma forma, la falta de experiencia de los médicos de cabecera en la atención a los niños cuando están sanos, pues su actuación en nuestro país es puntual y sobre el niño enfermo –PAC, urgencias–, somete al niño enfermo a un riesgo de error médico por falta de competencia profesional del médico de cabecera en nuestro país.

Todo ello crea el efecto paradójico de que detrás de una supuesta mejora aparezca un riesgo en la atención de nuestros infantes (tabla 3).

¿Por qué, si no existen diferencias apreciables entre profesionales, y la participación de los MF/MG en la infancia permite mejorar la eficiencia de nuestro SNS, no se permite al médico de familia admitir en su cupo a toda la familia sin distinción de edades?

Ventajas de la atención de los niños por el médico de cabecera

El MF/MG es especialista en lo frecuente. Es competente mientras tenga una frecuentación mínima de un determinado problema de salud. El 95% de los problemas de salud que se presentan en la infancia se dan con una frecuencia muy alta, de modo que el médico de familia puede ser competente con un mínimo de formación y de práctica asistencial en su consulta, y así se ha demostrado en la mayoría de los países del mundo⁶⁵.

Por tanto, si hablamos en términos de eficiencia, el “coste de oportunidad” –el beneficio que deja de obtenerse en la mejor alternativa disponible– de tener pediatras haciendo de médicos de cabecera de niños no es neutro. Si la atención a la infancia la realizaran MF/MG en vez de PED existirían cambios, que en nuestra opinión serían ventajas para todo el sistema sanitario⁶⁶.

Tabla 3. Inconvenientes de la atención médica de la infancia por especialistas

Pérdida del filtro familiar y del médico de cabecera
Riesgo de sobreintervención diagnóstica y terapéutica
Pediatrodependencia (necesidad de que los niños sean atendidos por especialistas)
Pérdida de la longitudinalidad de la atención
Falta de visión biopsicosocial del niño
Pérdida de la atención domiciliar en la infancia
Dificultad del abordaje epidemiológico de las enfermedades
“Falsa seguridad competencial” del especialista de AP
Falta de conocimientos y habilidades en el MF/MG en el manejo de la infancia
Disparidad de recursos humanos especialistas en relación a las necesidades expresadas

Entendemos que los efectos beneficiosos de tener MF/MG atendiendo a toda la familia no solo serían asistenciales, de modo que a la vez que mejorara la atención del niño, también lo haría el comportamiento de los padres, de la familia, la situación del pediatra, del sistema sanitario, y a la sazón, por un mecanismo de *feed back* sobre el funcionamiento asistencial, la situación del mismo médico de familia.

Tendría efectos beneficiosos sobre el niño porque la atención longitudinal desde el nacimiento facilitaría la atención global de éste desde una visión biopsicosocial al conocer a todos los integrantes del entorno familiar y social. Con ello se haría un abordaje anticipatorio de la patología perinatal (consejo genético, planificación familiar, control del embarazo, realizado en nuestro país –salvo en alguna comunidad autónoma– por especialistas de ginecología en los hospitales); permitiendo practicar actuaciones preventivas por la información sobre las enfermedades que padecen los progenitores (infecciosas, cardíacas, malformativas, etc.). También sería útil en los accidentes infantiles (atención domiciliar con el conocimiento del estado de la vivienda –salubridad–, del barrio, de la escuela, del ambiente familiar); en el maltrato del niño (conocimiento de los padres: detectando la despreocupación, alteraciones en la alimentación, abusos físicos, psicológicos, sexuales); en las toxicomanías (información de la personalidad, antecedentes psicopatológicos y hábitos de los padres, grupo de amigos, etc. así como de los hábitos tóxicos del adolescente). Lo mismo ocurre en el suicidio (habilidad en el manejo de las alteraciones psicopatológicas y de la personalidad, y conocimientos sobre el medio familiar, escolar o social, etc.); así como, en la prevención en la sobreintervención sanitaria (disminuyendo la frecuentación, evitando la sobreactuación asistencial, el exceso de pruebas complementarias, la sobremedicación, la hospitalización innecesaria, etc.) como causa de enfermedad, evitando la yatrogenización del niño, prevención cuaternaria...

En cuanto a los padres y la familia, aumentaría la confianza en los médicos generalistas que atienden a sus hijos –tanto propio como de urgencias–, incrementaría la autorresponsabilidad de los cuidadores y con ello se evitaría la pediatrodependencia y la revisita, disminuyendo la medi-

cina defensiva en los profesionales, y con ello la sobreintervención⁶⁷.

En el pediatra consultor la función de doble filtro (familiar y médico de familia) aumentaría la variedad y gravedad de la patología atendida, el valor predictivo de los síntomas y de las pruebas diagnósticas, y convertiría lo que es actualmente una consulta de Puericultura en una de Pediatría. Dignificaría la función del pediatra.

Las repercusiones sobre el médico de familia no serían desdeñables, ya que al mejorar su propia competencia profesional ayudaría a disminuir los contactos con el sistema y permitiría realizar varias consultas de edades distintas en un solo acto médico –evitando duplicidades en la asistencia–, mejoraría la pirámide poblacional de los cupos –rejuvenecimiento– mejorando la demanda asistencial y la frecuentación, aumentando la consideración social del MG/MF y su propia autoestima...

Sobre el sistema sanitario las repercusiones son importantes porque al simplificar el funcionamiento del sistema al contar con profesionales competentes y polivalentes capaces de atender tanto a un lactante como a un enfermo terminal y de actuar sobre la mayoría de los factores que afectan a la asistencia al menor, ayudaría a evitar la sobreintervención (pruebas complementarias), la sobremedicación, la hospitalización innecesaria y evitable tan común a estas edades, etc., y a mejorar la organización y eficiencia del sistema al reducir los costes directos (consumo de recursos), indirectos (jornadas laborales de los padres...) e intangibles (sufrimiento y neurotización de los padres...) (tabla 4).

Conclusión crítica

Como hemos visto no existe una razón epidemiológica que justifique que tengamos pediatras en nuestro nivel, no existe una necesidad normativa que lo avale, ni una tendencia en los países desarrollados en este sentido. Lo que sí existe es una presión de las sociedades científicas pediátricas, de la población (necesidad expresada), una falta de interés de los MF/MG de nuestro país –más preocupados en solucionar el problema asistencial que en asumir más competencias– y una complacencia de nuestros políticos en aumentar la edad pediátrica al máximo aun a costa de no tener recursos humanos con los que hacer frente a las nuevas necesidades de profesionales.

Dicho esto, no cabe duda de que de la situación de la atención a la infancia en España se deduce que el pediatra está más preparado que el médico de familia para la atención de los más pequeños, y que en este momento se ha convertido en indispensables para nuestro SNS, pero ello no quita que el médico de familia, como ocurre en la mayoría de países desarrollados, con un mínimo de formación y de práctica sea capaz de realizar la misma función que realiza el pediatra sin los defectos de la especialización del primer nivel asistencial.

Un programa de formación escaso en la atención al niño del residente en medicina familiar y comunitaria y un veto normativo que impiden su atención, crean una falta de competencia en el médico de familia español en el ma-

Tabla 4. Ventajas de la atención de la infancia por médicos de cabecera

Creación de un doble filtro asistencial (familiar y del MF/MG) en la atención al niño
Atención longitudinal de niño.
Abordaje biopsicosocial (conocimiento de los integrantes de la estructura familiar y social)
Actividades anticipatorias por patologías detectadas en la familia
Parecida competencia clínico-terapéutica con respecto al especialista
Aumento de la confianza de los padres en los médicos no especialistas que atienden a la infancia
Prevención de la sobreintervención sanitaria (disminución de contactos con el sistema sanitario)
Mejor posición asistencial de pediatra consultor
Mejoría de la pirámide poblacional de los cupos del MF/MG (disminución de la presión asistencial)
Simplificación de los recursos humanos en la atención a los niños
Mejor eficiencia (menores costes directos, indirectos e intangibles) y organización del SNS

nejo de las patologías de la infancia, que es aprovechado para implantar especialistas en nuestro nivel con márgenes etarios cada vez mayores. Los inconvenientes de este hecho, como hemos visto, afectan tanto al sistema de salud, al pediatra, al médico de familia como al niño o la familia.

Sabemos que a grandes rasgos, y aunque parezca una paradoja, los países económicamente más fuertes de la CEE tienen a los médicos de familia (solos o en colaboración) encargados de la atención a los niños, en cambio los menos potentes –en su mayoría de procedencia totalitaria– cuentan con una atención a la infancia en exclusiva por pediatras, no existiendo una tendencia en la actualidad a incrementar este modo de atención y hemos explicado las causas que nos han llevado a esta situación¹. La tendencia actual es ir hacia una atención mixta donde el médico de familia se responsabilice de la atención al niño.

Así lo han entendido pediatras⁶⁸ que proponen que la atención en exclusiva al niño por los especialistas se haga hasta los 3 años, y a partir de entonces pase al médico de familia. La frontera de los 3 años está en relación con el porcentaje de diagnósticos exclusivos de la infancia que definen esta especialidad en comparación con aquellos comunes y de manejo parecido al del adulto y que evitarían crear riesgos innecesarios a los MG/MF escasamente formados en pediatría.

Con todo, no dejo de pensar, que con una mínima formación el MF/MG sería capaz de atender a los niños de la misma manera que los pediatras, tal como lo realizan nuestros compañeros MF/MG en la mayoría de los países desarrollados, etc.⁶⁹

Para acabar creo que no es una ilusión pensar que en nuestro sistema sanitario el médico de familia pueda llegar a atender a los niños desde el nacimiento y volver a ser aquel profesional accesible, amigo, humano, humanista, que al conocer y atender a toda la familia sin distinción de edad y sexo llegaba a ser un notario fiel de la historia familiar y por tanto integrador de ésta en su contexto comunitario.

BIBLIOGRAFÍA

- Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrich J. Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. *Pediatrics*. 2002;109:788-96.
- Freed GL, Tammie NA, Wheeler JR. Which Physicians Are Providing Health Care to America's Children? Trends and Changes During the Past 20 Years. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158:22-6.
- European Commission. European Communities 2000. Eurostat. Key data on health 2000. Eurostat. Luxemburgo 2000.
- Malmierca Sánchez F. La Pediatría en Atención Primaria: pediatra itinerante o de área. *El Médico*. 2005; 11-6.
- ONU. Human Development Report 2004. http://hdr.undp.org/reports/global/2004/pdf/hdr04_complete.pdf
- European Observatory on Health Systems and Policies. Country information URL: <http://www.euro.who.int/observatory/ctryinfo/ctryinfo>
- World Health Organization. A Charter for General Practice/ Family Medicine in Europe. Regional Office for Europe: World Health Organization, working draft, 1994.
- Rodríguez Ocaña E, Ortiz Gómez T, García-Duarte Ros O. Los Consultorios de Lactantes y Gotas de Leche en España. *JANO*. 1985; 29:1066-72
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General Técnica. Oferta y Demanda de Médicos en España (una primera aproximación). Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1984.
- Pedraza Muriel V. Recursos humanos del sistema de salud: una reforma pendiente. *Med Clin*. 2001;116:779-81.
- Alonso Magdaleno M.^a I. La evolución del número de médicos especialistas en el Sistema Nacional de Salud. *El Médico*. 2002; (815):58-63.
- Maynard A, Amaya C, Coronado A, Grau T, Alcaide PL. El número de médicos en España en el próximo siglo y sus repercusiones laborales. Madrid: Fundación CESM, 1999.
- Granda J. Descapitalización progresiva de médicos en España. *El Médico*. 2005; 22-45.
- Starfield B. *Atenció Primària. Equilibri entre necessitats de salut, serveis i tecnologia*. Barcelona: Masson, 2001.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud en Cifras 2002. Ed Ministerio de Sanidad y Consumo. Centro de Publicaciones. Madrid 2001.
- ONU. Human Developed Report 2004.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. Prevención. Vacunas. URL: http://www.msc.es/Diseno/informacionProfesional/profesional_prevencion.htm
- Peña-Rey I, Pérez-Farinós N, Cortés-García M, Amela-Heras C. Coste-efectividad de la vacunación contra la varicela en adolescentes en España. *Gaceta Sanitaria*. 2004;18:287-94.
- Varicela. Recomendaciones de vacunación y sus implicaciones en salud pública. Ministerios de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad 2005. <http://www.msc.es/enfermedades/Lesiones/enfTrasmisi/enfVacunables/varicela/pdf/VARICELA2.pdf>
- González A, Vilorio LJ, Sanz JA, Ansorena L. Incidencia de la enfermedad neumocócica invasiva en Cantabria (1995-2001) e implicaciones para el calendario vacunal. *Gac Sanitar*. 2003;17:453-7.
- Centro Nacional de Epidemiología; Centro Nacional de Microbiología. enfermedad invasora por streptococcus pneumoniae: estudio de la incidencia de la enfermedad en menores de 5 años, en España. 2004 Ministerio de Sanidad y Consumo. Dirección General de Salud Pública Instituto de Salud Carlos III.
- Parchman ML, Culler S. Primary care physicians and avoidable hospitalizations. *J Fam Pract*. 1994;39:123-8.
- Pardo Crespo MR, Pérez Iglesias R, Llorca J, Rodrigo Calabia E, Álvarez Granda L, Delgado-Rodríguez M, et al. Papel de los equipos de atención primaria en la hospitalización infantil de los niños menores de 2 años. *Aten Primaria*. 2000;26:464-7.
- Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care*. 1996;8:51-9.
- Casanova Matutano C, Peiró Pérez R, Barba Albós G, Salvador Vilalta X, Colomer Revuelta J, Torregrosa Bertet M.^a J. Hospitalización pediátrica evitable en la Comunidad Valenciana y Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 1998;12:160-8.
- Durá Travé T, Gúrpide Ayarra N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. *Aten Primaria*. 2001;27:244-9.
- Fernández Cano G, Martín Carballo G. Urgencias pediátricas atendidas en una consulta de atención primaria (II): estudio epidemiológico. *Aten Primaria*. 2000;26:41-9.
- Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA). 2003. Disponible en www.gemasma.com
- Starfield B, Hoekelman RA, McCormick M, Mendenhall RD, Moy-nihan C, Benson P, et al. Styles of care provided to children in the United States: a comparison by physician specialty. *J Fam Pract*. 1985;21:133-8
- Fishbane M, Starfield B. Child health care in the United States: a comparison of pediatricians and general practitioners. *N Engl J Med*. 1981;305:552-6.
- Dinkevich E, Hupert J, Moyer V A. Evidence based well child care. *BMJ*. 2001;323:846-9.
- Finkelstein JA, Lozano P, Shulruff R, Inui TS, Soumerai SB, Ng M, et al. Self-reported physician practices for children with asthma: are national guidelines followed? *Pediatrics*. 2000;106 4 Suppl:897-8.
- Asher E, Leibovitz E, Press J, Greenberg D, Bilenko N, Reuveni H. Accuracy of acute otitis media diagnosis in community and hospital settings *Acta Paediatr*. 2005;94:423-8.
- Bezerra JA, Stathos TH, Duncan B, Gaines JA, Udall JN Jr. Treatment of infants with acute diarrhea: what's recommended and what's practiced. *Pediatrics*. 1992;90(1 Pt 1):1-4.
- Gregorio DI. Counseling adolescents for smoking prevention: a survey of primary care physicians and dentists. *American Journal of Public Health*. 1994;84:1151-3.
- Siegel RM, Baker RC, Kotagal UR, Balistreri WF. Hepatitis B vaccine use in Cincinnati: a community's response to the AAP recommendation of universal hepatitis B immunization. *Journal of the National Medical Association*. 1994;86:444-8.
- Steckler RE, Zaontz MR, Skoog SJ, Rushton HG Jr. Cryptorchidism, pediatricians, and family practitioners: patterns of practice and referral. *Journal of Pediatrics*. 1995;127:948-51.
- Perez-Stable EJ, Juárez-Reyes M, Kaplan C, Fuentes-Afflick E, Gildengorin V, Millstein S. Counseling smoking parents of young children: comparison of pediatricians and family physicians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2001;155:25-31.
- Gerard JM, Klasner AE, Manu Madhok, Scalzo AJ, Barry RC, Laffey SP. Poison Prevention Counseling A Comparison Between Family Practitioners and Pediatricians. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2000;154:65-70.
- Rushton JL, Clark SJ, Freed GL. Pediatrician and family physician prescription of selective serotonin reuptake inhibitors. *Pediatrics*. 2000;105:E82.
- Marshall WN, Locke C Jr. Statewide survey of physician attitudes to controversies about child abuse. *Child Abuse & Neglect*. 1997; 21:171-9.
- Boulis AK, Long J. Variation in the treatment of children by primary care physician specialty. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2002;156:1210-5.
- McIsaac WJ, Coyte P, Croxford R, Harji S, Feldman W. Referral of children with otitis media. Do family physicians and pediatricians agree? *Can Fam Physician*. 2000;46:1780-2, 1785-8.
- Evink B, Crouse BJ, Elliott BA. Diagnosing childhood attention-deficit/hyperactivity disorder. Do family practitioners and pediatricians make the same call? *Minn Med*. 2000;83:57-62.
- Asher E, Leibovitz E, Press J, Greenberg D, Bilenko N, Reuveni H. Accuracy of acute otitis media diagnosis in community and hospital settings. *Acta Paediatr*. 2005;94:423-8.
- Mansfield CJ, Price J, Frush KS, Dallara J. Pediatric emergencies in the office: are family physicians as prepared as pediatricians? *J Fam Pract*. 2001;50:757-61.
- Arnold SR, To T, McIsaac WJ. Wang EE. Antibiotic prescribing for upper respiratory tract infection: the importance of diagnostic uncertainty. *Journal of Pediatrics*. 146:222-6.
- Mainous III AG, Hueston WJ, Love MM. Antibiotics for colds in children who are the high prescribers? *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152:349-52.
- Goossens H, Ferech M, Stichele RV, Elseviers M, ESAC Project Group. Outpatient antibiotic use in Europe and association with resistance: a cross-national database study *Lancet*. 2005;365:579-87.

50. Schwartz RH, Freij BJ, Ziai M, Sheridan MJ. Antimicrobial prescribing for acute purulent rhinitis in children: a survey of pediatricians and family practitioners. *Pediatr Infect Dis J.* 1997;16:825-6.
51. Álvarez Carrera A, Martínez Cantarero C, Vidal Oliveras A, Saavedra Vílchez MD, Iglesias Niubo A, Forga Visa X, Grupo de Estudio de las Infecciones del Bages-Berguedà. Prescripción de antibióticos en el paciente ambulatorio Aten Primaria. 2002;30:490-5.
52. Ochoa C, Inglada L, Eiros JM, Solís G, Vallano A, Guerra L. Appropriateness of antibiotic prescriptions in community-acquired acute pediatric respiratory infections in Spanish emergency rooms. *Pediatr Infect Dis J.* 2001;20:751-8.
53. Gervas J, Palomo L, Pastor-Sánchez R, Pérez-Fernández M, Rubio C. Problemas acuciantes en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:472-7.
54. Gervas J, Pérez Fernández M. El fundamento científico de la función de filtro del médico general. *Rev Bras Epidemiol.* 2005;8:205-18.
55. Seguí Díaz M. Revisión del niño sano por el médico general/de familia. *SEMERGEN.* 2000;26:196-218.
56. Soriano Fauraa J., Lázaro Armengola C., Gómez Gila A. Determinantes del uso de las consultas de pediatría: estudio de morbilidad infantil y variables maternas. *Aten Primaria.* 1999;23:132-6.
57. Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D. Factores asociados a hiperfrecuentación en consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;36:167-7.
58. Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Aten Primaria.* 2005;36:64-8.
59. Kroneman MW, Maarse H, van der Zee J. Direct access in primary care and patient satisfaction: A European study. *Health Policy.* 2005;10.1016
60. Freed GL, Nahra TA, Wheeler JR. Which Physicians Are Providing Health Care to America's Children? Trends and Changes During the Past 20 Years. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2004;158:22-6.
61. Gallo P, García-Altés A. Anàlisi de necessitats. En: Jovell AJ, Aymenrich M, editors. *Evidència científica i presa de decisions en sanitat. Monografies Mèdiques de l'Acadèmia de Ciències Mèdiques de Catalunya i de Balears.* Barcelona, 1999;9-31.
62. Boerma WGW, Broenewegen PP. GP home visiting in 18 European countries. Adding the role of health system features. *Eur J Gen Pract.* 2001;7:132-7.
63. Kelleher KJ, Childs GE, Wasserman RC, McInerney TK, Nutting PA, Gardner WP. Insurance status and recognition of psychosocial problems. A report from the Pediatric Research in Office Settings and the Ambulatory Sentinel Practice Networks. *Arch Pediatr Adolesc.* 1997;151:1109-15.
64. Grupo de trabajo del Área TIR de SEPAR. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre prevención de la tuberculosis. *Archivos de bronconeumología.* 2002;38:441-51.
65. Ortún V, Gervas J. Fundamentos y eficiencia de la atención médica primaria. *Med Clin (Barc).* 1996;106:97-102.
66. Ortún-Rubio V, Pinto-Pradesa J L, Puig-Junoya J. La economía de la salud y su aplicación a la evaluación. *Aten Primaria.* 2001;27:62-4.
67. Lindley KJ, Glaser D, Milla PJ. Consumerism in healthcare can be detrimental to child health: lessons from children with functional abdominal pain. *Arch Dis Child.* 2005;90:335-7.
68. Vall Combelles O, García-Algar O. Pediatras, pediatría y comunidad. *Cuadernos de Pediatría Social.* 2005;7:4-6.
69. Sowden D. Primary care for children in the 21st century. General practitioners must adapt to the changed spectrum of illnesses. *BMJ.* 2005;330:430-1.