

Carencias en la atención pediátrica:

Los espacios vacíos en la salud infantil





**plataforma
de infancia**
españa

**Carencias en la
atención pediátrica:
Los espacios vacíos
en la salud infantil**

Edita: Plataforma de Infancia
C/ Escosura 3, local 2. 28015 Madrid
T. 91 447 78 53 - info@plataformadeinfancia.org

Coordina: Almudena Escorial

Elabora: Débora Quiroga a partir del informe de Contraluz Investigación y Consultoría Social SL (Rosario Novalbos Gómez) y con la colaboración del Grupo de Trabajo de Sanidad de la Plataforma de Organizaciones de Infancia

Octubre 2025

Los derechos de la publicación son derechos compartidos, de modo que cualquier persona es libre de copiar, distribuir y comunicar la obra, siempre que se reconozcan los créditos del editor y no se utilice con fines comerciales o contrarios a los derechos de los niños y las niñas.



Índice interactivo

Introducción	8
--------------	---

01	
El derecho a la salud de la infancia	10

02	
El modelo de cobertura sanitaria de España y las competencias autonómicas	18

03	
La atención pediátrica	22
3.1 Principales carencias a nivel general	26
3.2 Carencias en la cartera de servicios	26
3.2.1 Prestaciones bucodentales	31
3.2.2 Programas de mejora de la nutrición y obesidad infantil	36
3.2.3. Prestaciones oftalmológicas	42
3.2.4 Salud mental en la infancia y la adolescencia	45
3.2.5 Salud auditiva	48
3.2.6 La Atención Temprana en España	51
3.2.7 Fisioterapia	57
3.2.8 Podología infantil	59

04	
Resumen: Servicios pediátricos excluidos del Sistema Nacional de Salud	62

05	
Propuestas	68

Referencias bibliográficas	76
----------------------------	----

Introducción



Introducción

La salud es un derecho fundamental, reconocido en el artículo 25 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos y en la Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña.

En España, los servicios sanitarios son gratuitos para niñas y niños, lo que ha contribuido a mantener un bajo porcentaje de población infantil sin cobertura sanitaria, si bien, **existen colectivos, como la infancia migrante, que refieren mayores problemas de acceso.**

No obstante, dentro del Sistema Nacional de Salud persisten diversas carencias en la atención pediátrica y existen una serie de servicios que no están cubiertos o lo están de forma parcial, especialmente en alguno de estos ámbitos: salud bucodental, salud nutricional, oftalmología, salud mental, atención temprana, salud auditiva, fisioterapia pediátrica y podología. Si bien algunos de estos servicios están cubiertos por los sistemas de salud autonómicos, esta cobertura desigual genera significativas disparidades en el acceso a la atención médica y de sus derechos.

Los problemas de acceso a estos servicios afectan de manera más aguda a aquellas niñas y niños que se encuentran en situación de pobreza y/o exclusión social. A lo largo de este informe, se evidenciará que **la infancia en circunstancias desfavorecidas utiliza los servicios sanitarios públicos con mayor frecuencia y son más propensos a problemas de salud específicos, como la obesidad, las caries dentales o los problemas de salud mental.** Estas condiciones hacen que sean especialmente vulnerables a las deficiencias del Sistema Nacional de Salud, comprometiendo así su desarrollo integral.

Además, todas estas barreras de acceso a la salud por parte de la infancia vulnerable tienen un **impacto en el incremento de los gastos sanitarios a nivel nacional.** Según el Alto Comisionado para la Lucha contra la Pobreza Infantil, el costo estimado de la pobreza infantil en términos de salud es de 6.079 millones de euros al año, lo que representa, aproximadamente, el 0,5 % del PIB¹. Este cálculo incluye costos sanitarios directos, como visitas médicas, diagnósticos y tratamientos, así como costos indirectos relacionados con la pérdida de productividad y muerte prematura.

El presente informe tiene como **objetivo analizar la cartera de servicios pediátricos que no están debidamente cubiertos o que presentan una cobertura insuficiente en el Sistema Nacional de Salud.** Además, se explorarán las implicaciones que esta situación tiene en el desarrollo de la infancia, centrándonos particularmente en aquellos menores que se encuentran en situación de pobreza. A través de este análisis, se busca contribuir al entendimiento de las necesidades específicas de salud de la infancia, en especial en aquella en situación de vulnerabilidad y fomentar el diálogo sobre la reforma necesaria para garantizar una atención equitativa y de calidad para todos.



¹ Consejo Económico y Social. (2024) *Derechos, calidad de vida y atención a la infancia* recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf> (página 203).

01

El derecho a
la salud de
la infancia





01 | El derecho a la salud de la infancia

Marco jurídico internacional

Según la OMS, en su Preámbulo de [Constitución del año 1946](#)² la salud se define como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Este Preámbulo añade la consideración de derecho universal a la salud afirmando que “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”. En lo referente al derecho a la salud de la infancia afirma: “El desarrollo saludable la infancia es de importancia fundamental; la capacidad de vivir en armonía en un mundo que cambia constantemente es indispensable para este desarrollo”.

Esta definición enfatiza que la salud va más allá de la mera ausencia de enfermedad o del aspecto biológico, y añade aspectos físicos, mentales y sociales. Además, incluye un principio de accesibilidad universal y no discriminación, poniendo en el foco los determinantes socioeconómicos, la progresividad y mejora constante, y mencionando explícitamente la infancia como colectivo de especial vulnerabilidad por el impacto de sus interacciones con un entorno cambiante y complejo y su alta dependencia.

Dos años después, el Artículo 25 de la [Declaración de Derechos Humanos](#)³ adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948 reitera esa perspectiva biopsicosocial en el desarrollo del derecho a la salud.

Artículo 25 de la Declaración de Derechos Humanos

1. “Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad”.

2. “La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social”.

Las condiciones de vida materiales y los sistemas de protección que se desarrollan en el Estado de Bienestar que emergen tras la II Guerra Mundial se consideran, dentro de esta definición, factores clave para sostener el bienestar y la salud de la ciudadanía.

En 1989 se adoptó la [Convención sobre los Derechos del Niño y la Niña](#)⁴ ante la necesidad de considerar a la infancia como un sujeto activo de derechos. España en 1990 ratificaría la Convención. El principio de derecho a la vida, supervivencia y desarrollo se concreta en el Artículo 6 que señala que la infancia y la adolescencia tienen derecho a la vida, a un nivel adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social y a disfrutar de los más altos estándares de salud y bienestar. El Artículo 24⁵ el derecho a la salud en la infancia.

² OMS (2014) Documentos básicos Organización Mundial de la Salud. (Página 1).

³ ONU (1948) Declaración Universal de los Derechos humanos. Recuperado en <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

⁴ Naciones Unidas (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

⁵ Naciones Unidas (1989). Convención sobre los Derechos del Niño. <https://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>

Artículo 24 Convención sobre los Derechos del Niño

“Los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud y, en concreto, adoptarán las medidas necesarias para combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la Atención Primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente”.

Con la finalidad de desarrollar los contenidos y principios rectores del Artículo 24 de la Convención, surge en el año 2013 la [Observación General N° 15 sobre el derecho del niño al más alto nivel posible de salud](#). En esta Observación se profundiza y desarrolla el derecho a la salud de la infancia y obedece a la importancia de estudiar la salud infantil desde una perspectiva de derechos de la infancia. Señala que “todos los niños tienen derecho a oportunidades de supervivencia, crecimiento y desarrollo en un contexto de bienestar físico, emocional y social al máximo de sus posibilidades”⁶. Es decir, se interpreta el Artículo 24 de la Convención como un “derecho integral que abarca la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo”.

Se promueve la salud infantil desde una perspectiva de derechos humanos, enfatizando la importancia de la dignidad, el respeto y la participación de las niñas y niños en las decisiones que afectan a su propia salud y bienestar, siendo su derecho el acceso a la mayor amplia gama posible de recursos en igualdad de oportunidades⁷. En este contexto, la niña o niño o adolescente tiene derecho a que se le ofrezcan los recursos en forma de bienes, servicios y condiciones de vida que le permitan el mejor nivel de salud⁸.

Dentro de este marco, es necesario señalar las obligaciones del Estado de respetar, proteger y hacer efectivo el derecho de la infancia la salud, lo que incluye garantizar el acceso a servicios de salud de calidad y eliminar barreras (financieras, institucionales y culturales) que puedan darse, removiendo en sus políticas de salud dichos obstáculos en su sistema de Atención Primaria con un marco jurídico y atención sostenida considerando los factores subyacentes que son determinantes de la salud.

Se subraya la importancia de la atención sanitaria preventiva y la promoción de estilos de vida saludables desde la infancia. Esto supone un enfoque que pone el énfasis en hacer una intervención integral que incluya los elementos biomédicos, conductuales y estructurales comenzado en las fases iniciales de la vida mediante la promoción y el apoyo de estilos de vida saludables y no violentos.

Se establece que los Estados deben rendir cuentas sobre la implementación de políticas de salud infantil y garantizar que se cumplan los estándares de calidad en la atención. Con el objetivo de cumplir esta finalidad, los Estados deben planificar y evaluar sus políticas de salud orientada a la infancia y, a través de marcos regulatorios, facilitar el cumplimiento de las obligaciones en la materia.

Esta Observación coloca en 2013 temas de gran relevancia en la agenda de la salud infantil, entre otros la salud mental, los efectos de la digitalización para la infancia, la salud sexual y reproductiva, los efectos de la contaminación y cambio climático y la cooperación para la erradicación de la pobreza infantil en los países más desfavorecidos⁹.

Por su parte el [Consejo de Europa. \(1992\) formula la Carta Europea de los Derechos del Niño \(Resolución 241\)](#) recoge en su punto 21 una declaración de los derechos del niño y la niña en materia de salud,

⁶ [Observación general N° 15 \(2013\) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud \(artículo 24\) | Refworld](#)

⁷ Se señala que “los Estados deben estudiar la posibilidad de permitir que los niños accedan a someterse a determinados tratamientos e intervenciones médicos sin el permiso de un cuidador o tutor, como la prueba del VIH y servicios de salud sexual y reproductiva, con inclusión de educación y orientación en materia de salud sexual, métodos anticonceptivos y aborto en condiciones de seguridad”.

⁸ “El derecho del niño a la salud consta de una serie de libertades y derechos. Entre las libertades, de importancia creciente a medida que aumentan la capacidad y la madurez, cabe mencionar el derecho a controlar la propia salud y el propio cuerpo, incluida la libertad sexual y reproductiva para adoptar decisiones responsables. Los derechos se refieren al acceso a una amplia gama de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que ofrezcan a cada niño igualdad de oportunidades para disfrutar del más alto nivel posible de salud”.

⁹ Comité de los Derechos del Niño. (2013). Observación General N.º 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). <https://www.refworld.org/es/leg/coment/crc/2013/es/96127>



bienestar y educación, enfatizando que “*todo niño tiene derecho a un entorno saludable, acceso a servicios sanitarios, sociales y educativos, sin discriminación por razones de salud, origen, religión, género o situación económica. Se condena cualquier práctica médica no autorizada y se refuerza la protección frente a enfermedades sexuales mediante educación e información. En el ámbito de la discapacidad, se garantiza atención especializada, educación inclusiva y acceso al empleo*”¹⁰.

La [Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea](#) también incluye en su Artículo 24 puntos 1 y 2, derechos a la protección y al bienestar, así como a la participación del niño o niña. De nuevo se desarrolla el **criterio principal del interés superior del niño** o niña en los asuntos que le afectan por parte de las autoridades¹¹.

El Consejo de la UE aprobó la [Recomendación 2021/1004 por la que se establece una Garantía Estratégica Estatal de Derechos de la Infancia y de la Adolescencia \(2023-2030\)](#)¹² Infantil Europea (GIE), vinculante para los Estados miembros. Entre las **recomendaciones específicas** en materia del derecho a la salud de la infancia se incluyen:

- Facilitar la detección y tratamiento precoz de enfermedades y problemas de desarrollo, incluyendo los relacionados con la salud mental, así como las revisiones médicas periódicas (dentales y oftalmológicas).
- Programas de cribado, medidas curativas y de rehabilitación.
- Acceso universal a medicamentos y tratamientos, y programas de vacunación.
- Servicios específicos de rehabilitación y habilitación para la infancia con discapacidad.
- Implementar programas accesibles dirigidos a las infancias vulnerables, sus familias y los equipos profesionales que trabajan con ellos.

En el área de salud y nutrición se señalan las siguientes acciones:

- Fomentar el acceso a comidas sanas también en los días en que no haya escuela, en particular en circunstancias excepcionales, como el cierre de los centros escolares.
- Garantizar que las normas en materia de alimentación de los centros de educación infantil y atención a la primera infancia y de los centros educativos contemplen posibles necesidades alimentarias específicas.
- Limitar la publicidad de alimentos con alto contenido en grasas, sal y azúcar en los centros de educación infantil y atención a la primera infancia y en los centros educativos, y reducir su disponibilidad en los mismos.
- Proporcionar a las niñas y niños y a las familias información adecuada sobre una alimentación sana.

¹⁰ Consejo de Europa. (1992). *Carta Europea de los Derechos del Niño* (Resolución 241). Publicada el 21 de septiembre de 1992. Recuperado de <https://bienestaryproteccioninfantil.es/carta-europea-de-los-derechos-del-nino-doce-no-c-241-de-21-de-septiembre-de-1992/> (Punto 21).

¹¹ Parlamento Europeo. (2013). *La Carta de derechos fundamentales de la Unión Europea* recuperado en [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/fiches_techniques/2013/010106/04A_FT\(2013\)010106_ES.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/fiches_techniques/2013/010106/04A_FT(2013)010106_ES.pdf)

¹² Consejo de la Unión Europea. (2021). Recomendación del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea (2021/1004). https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/Recomendacion_UE_2021_1004.pdf

Marco jurídico español

En España el derecho a la salud aparece recogido en el Artículo 43 de la [Constitución Española](#) como “Derecho a la protección de la salud” y establece que “*compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios*”¹³.

La [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#) establece el marco para la organización y prestación de los servicios de salud en España. En su articulado, se destacan aspectos relacionados con la atención específica a la infancia, como el acceso a programas de vacunación, cuidados pediátricos y la promoción de la salud infantil. La ley también enfatiza la importancia de la Atención Primaria en la prevención de enfermedades en la infancia.

La [Ley de Protección Jurídica del Menor \(Ley 1/1996\)](#) se centra en la protección de los derechos y el bienestar de la infancia en España, estableciendo un marco legal para su protección integral. Entre sus principales puntos se destacan:

- Reconoce que todas las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a recibir la atención médica necesaria. Se prioriza el acceso a servicios de salud, evitando cualquier forma de discriminación que pueda afectar su bienestar físico o mental.
- Prevé la intervención de los servicios públicos cuando la salud de una niñas, niño o adolescentes esté en riesgo, garantizando así la protección efectiva de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.
- Además de la atención a la salud física, la ley aboga por abordar también la salud mental y emocional de los menores, reconociendo que su desarrollo integral es crucial para su bienestar general.

Por su parte, la [Ley 26/15, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia](#), amplía la atención sanitaria a la infancia dentro del sistema de protección y se reconoce el derecho a la asistencia sanitaria a la infancia de origen extranjero, independientemente de su situación administrativa.

Dentro del marco de ejecución de derechos de la infancia, la [Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia](#) (LOPVI) refuerza la protección de las niñas, niños y adolescentes, siguiendo las recomendaciones del Comité de Derechos del Niño y la Niña de Naciones Unidas a España, lo que supone un cambio de paradigma para erradicar la violencia contra la población infantil, introduciendo, entre otras, algunas modificaciones en la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor (LOPJM), de 1996. Su enfoque es más integral pues aborda sensibilización, prevención, detección precoz, protección y la reparación del daño en la infancia. A lo largo de su articulado desde el punto de vista de derecho a la salud se trabaja en la atención integral, incluida Atención Temprana, las actuaciones del ámbito sanitario, un protocolo de actuación sanitaria, los registros clínicos y el acceso universal en lo referente a la violencia contra la infancia¹⁴.

¹³ España. (1978). *Constitución Española* (Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).

¹⁴ Gobierno de España. (2021). Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 134, de 5 de junio de 2021, páginas 71399 a 71449.

<https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/05/pdfs/BOE-A-2021-9347.pdf>

Por último, en cumplimiento de la Recomendación de la Garantía Infantil Europea nace el [Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea \(2022-2030\)](#)¹⁵ en el que se proponen diversas medidas de ampliación y fortalecimiento de los servicios comunes para la infancia más vulnerables del Sistema Nacional de salud en materia de salud bucodental y mental. Además, existen diversas medidas dirigidas a la alimentación saludable y a la divulgación de estilos de vida saludables:

MEDIDAS	RESPONSABLES
Ampliación de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud en materia de salud bucodental para la población infanto-juvenil.	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas
Eliminación de los copagos farmacológicos para colectivos de infancia en situación de vulnerabilidad.	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas
Desarrollo de medidas adicionales que hagan asequibles, para las niñas, niños y adolescentes en situación de vulnerabilidad, las prestaciones sanitarias que tienen alto impacto en la salud infantil y que no están incluidas en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud.	Comunidades autónomas, Entidades Locales
Fortalecimiento y ampliación de los servicios de salud mental dirigidos a niñas, niños y adolescentes, aumentando la plantilla de psicólogos y psiquiatras infantojuveniles, en el marco del Plan de Acción de la Estrategia de Salud Mental.	Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas
Impulso de programas de mejora del bienestar emocional en los centros educativos.	Ministerio de Educación y Formación Profesional, Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas
Incremento de la financiación y cobertura de las becas de comedor escolar, y simplificación, en su caso, de los procedimientos.	Comunidades autónomas, Entidades Locales
Extensión del servicio de comedor a centros infantiles, primaria, secundaria y postobligatorios, priorizando los centros de especial complejidad.	Comunidades autónomas, Entidades Locales
Mejora de la implementación del Programa escolar de consumo de frutas, hortalizas y leche.	Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, Ministerio de Consumo, Comunidades autónomas
Programas de acceso a una alimentación saludable a las familias en situación de vulnerabilidad.	Comunidades autónomas, Entidades Locales
Desarrollo de programas de desayunos escolares, especialmente en los centros con mayor concentración de alumnado en situación de vulnerabilidad.	Comunidades autónomas, Entidades Locales
Medidas de sensibilización y divulgación sobre estilos de vida saludables (ej. nutrición y alimentación, actividad física, bienestar y sueño), dirigidas a las familias con niñas, niños y adolescentes.	Ministerio de Sanidad, Ministerio de Consumo, Ministerio de Cultura y Deporte, comunidades autónomas, Entidades Locales

Fuente: Ministerio de Juventud e Infancia. (2023). Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030). Revisión agosto 2023 (Pág. 34).



¹⁵ Ministerio de Juventud e Infancia. (2023). *Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022-2030)*. Revisión agosto 2023. https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/Plan_Accion_MAS_Revision_AGO_2023_Accesible.pdf

02

**El modelo de
cobertura sanitaria
de España y las
competencias
autonómicas**





02 | El modelo de cobertura sanitaria de España y las competencias autonómicas

La [Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad](#)¹⁶, establece que el **Sistema Nacional de Salud es el conjunto de servicios de salud de la Administración de Estado y de las comunidades autónomas**, e integra todas las funciones y prestaciones sanitarias, siendo responsabilidad de los poderes públicos el cumplimiento del derecho a la protección de la salud. Junto a ello, se establece la **universalidad de la cobertura** como una de las características básicas del sistema español de toda la asistencia sanitaria pública. Se establece **igualdad de trato en la prestación y acceso a los servicios** de salud, la calidad en la atención prestada y una organización adecuada, así como la financiación del sistema a través principalmente de recursos públicos, cotizaciones y tasas.

El sistema sanitario español está organizado en **tres niveles** principales:

1. **Nivel Central:** representado por el Ministerio de Sanidad, sus funciones incluyen proponer y ejecutar las directrices del Gobierno en el ámbito sanitario, así como coordinar las acciones de las comunidades autónomas en materia de sanidad.
2. **Nivel Autonómico:** cada comunidad autónoma se encarga de la organización territorial de los servicios sanitarios a través de la Consejería de Sanidad. Cada una cuenta con su propio servicio de salud, que se organiza en tres componentes: centros, servicios y establecimientos dentro de la propia comunidad.
3. **Nivel de Áreas de Salud:** se refiere a las estructuras principales del sistema sanitario, donde cada área opera de forma autónoma, delimitada por factores geográficos, demográficos, socioeconómicos y laborales. En cada área se diferencian dos niveles de atención sanitaria:
 - **Atención Primaria:** Proporcionada en los centros de salud y se engloba en la zona básica de salud.
 - **Atención Especializada:** Encargada de problemas de salud más complejos y que ofrece servicios de internamiento como la atención hospitalaria.

En 2006, en el [Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización](#) se produjo una **actualización del catálogo**¹⁷ de servicios incluidos y excluidos del Sistema Nacional de Salud, introduciendo la posibilidad de actualización continua de las prestaciones, con una valoración previa sobre su impacto sobre el Sistema Nacional de Salud. No obstante, muchas de las prestaciones siguieron definiéndose de forma genérica, lo que ha permitido una amplia variabilidad en su aplicación por parte de las comunidades autónomas.

¹⁶ BOE-A-1986-10499 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad

¹⁷ El primer catálogo de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud se estableció en 1995 en el [Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud](#). Este catálogo no solo incluía las prestaciones más habituales, sino que también enumeraba expresamente los servicios incluidos y excluidos. Posteriormente, la [Ley 16/2003, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud](#) amplió este catálogo incorporando explícitamente la salud pública y la atención sociosanitaria.

Con el [Real Decreto-ley 16/2012, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud](#) en los momentos más críticos de la crisis económica y financiera se modificó el número y tipo de prestaciones disponibles, así como las condiciones económicas de acceso. Se establecieron cuatro niveles en la cartera de servicios:

1. **Cartera común básica de servicios asistenciales**, financiada íntegramente con fondos públicos. Incluye actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y transporte sanitario urgente.
2. **Cartera común suplementaria**, que agrupa prestaciones ambulatorias sujetas a copago, como los medicamentos, productos ortoprotésicos y dietéticos, así como el transporte sanitario no urgente con prescripción médica.
3. **Cartera común de servicios accesorios**, que abarca técnicas y servicios no esenciales, generalmente complementarios al tratamiento principal, también sujetos a copago.
4. **Carteras de servicios complementarias de las comunidades autónomas**, que pueden ampliar el catálogo con prestaciones no cubiertas a nivel estatal.

Por su parte, las **comunidades autónomas poseen las competencias sobre la sanidad en sus territorios, por lo que tienen la capacidad de ampliar los servicios** indicados en el Sistema Nacional de Salud. Esto puede generar diferencias territoriales en la implantación de las políticas sanitarias públicas y sus prestaciones. En este sentido, el Consejo Económico y Social ha señalado las siguientes diferencias¹⁸:

- **Gasto sanitario per cápita:** Existe una disparidad significativa entre comunidades, con el País Vasco, Asturias y Navarra liderando en gasto por habitante, mientras que Andalucía, Madrid y la Comunidad Valenciana están por debajo de la media nacional.
- **Esfuerzo presupuestario y estructura del gasto:** Algunas comunidades, como Cataluña o Madrid destinan una parte importante de su presupuesto a conciertos con el sector privado, mientras que otras, como Castilla y León y Extremadura, tienen un menor porcentaje destinado a conciertos.
- **Distribución funcional del gasto:** Madrid destina el mayor porcentaje de su gasto a servicios hospitalarios y especializados, sin embargo, es junto a Galicia la autonomía que menos recursos asigna a la Atención Primaria.
- **Tiempo de espera:** Los tiempos de espera para Atención Primaria y especializada presentan grandes disparidades territoriales.
- **Movilidad de pacientes:** La atención a pacientes desplazados entre comunidades enfrenta desafíos administrativos y presupuestarios.
- **Recursos humanos:** La distribución de profesionales sanitarios varía, afectando la capacidad de atención en zonas rurales y urbanas.

¹⁸ Consejo Económico y Social. (2024) Derechos, calidad de vida y atención a la infancia recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf>

- **Evolución del gasto sanitario:** Desde 2002, el aumento acumulado del gasto per cápita ha sido más pronunciado en comunidades como Murcia y Castilla y León, mientras que Andalucía y Canarias han mostrado incrementos más moderados.

Los gobiernos autonómicos financian sus programas de salud mediante convenios de colaboración con entidades locales y a través de líneas de subvención dirigidas a organizaciones del tercer sector. El gasto anual medio por persona beneficiaria de estos programas se sitúa en torno a los 2.500 euros¹⁹.



¹⁹ Consejo Económico y Social. (2024) Derechos, calidad de vida y atención a la infancia recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf>

03

La atención pediátrica





03 | La atención pediátrica

La atención pediátrica en España se refiere al conjunto de servicios sanitarios especializados que se brindan a las niñas, niños y adolescentes. Este tipo de atención abarca un amplio espectro de cuidados, incluyendo la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades infantiles, así como el seguimiento del desarrollo físico, emocional y social de los menores. Se organiza a través de una red de centros de salud, hospitales y clínicas que están integrados en el Sistema Nacional de Salud, el cual garantiza el acceso a la atención pediátrica en función de las necesidades específicas de cada paciente.

Los pediatras, médicos especializados en el cuidado infantil, juegan un papel crucial en este ámbito, abordando no solo aspectos médicos, sino también promoviendo hábitos saludables y la educación en salud para las familias. Además, la atención pediátrica en España se esfuerza por ser integral, considerando factores sociales y ambientales que pueden impactar en la salud y el bienestar de la infancia.

En este sentido, la salud de niñas, niños y adolescentes está profundamente condicionada por los determinantes sociales y estructurales, que deben reconocerse no solo como factores de contexto, sino como verdaderos problemas clínicos y de salud pública. Entre los más relevantes en nuestro entorno se encuentran:

- Pobreza y exclusión social, que afectan a la nutrición, la salud física, el desarrollo cognitivo y la estabilidad emocional.
- Condiciones de vivienda inadecuadas (hacinamiento, infravivienda, entornos insalubres), que incrementan riesgos de infecciones, accidentes y malestar psíquico²⁰.
- Migración y desplazamientos forzados, asociados a barreras de acceso a la sanidad, discriminación y ruptura de redes de apoyo.
- Brecha digital, que genera desigualdad en el acceso a la educación, la participación y la salud.
- Desigualdad de género, que condiciona las trayectorias de vida, la autonomía y la salud reproductiva de niñas y adolescentes.
- Crisis ambientales y climáticas, cada vez más visibles como amenazas directas a la salud infantil.

Dentro de la atención pediátrica hay que diferenciar entre los servicios que provee el Sistema Nacional de Salud y las competencias específicas de las comunidades autónomas.

1. Sistema Nacional de Salud

Dentro del marco general que **garantiza el derecho a la salud y la asistencia sanitaria universal** para todos los ciudadanos, el Sistema Nacional de Salud regula **los servicios mínimos comunes** de servicios que deben ofrecerse en todo el país (como la atención pediátrica primaria).

²⁰ Informe #UnHogarParaLaInfancia

La pediatría está recogida en artículo 21 de [la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias](#) que establece el procedimiento para aprobar los **programas formativos de las especialidades sanitarias** en ciencias de la salud y, posteriormente, la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas elaboró el programa formativo de dicha especialidad.

A su vez la [Orden SCO/3148/2006](#), de 20 de septiembre, aprueba el programa formativo de la especialidad de Pediatría y sus Áreas Específicas. En dicha Orden se establecen dos grandes áreas de trabajo; la Clínica y la de Pediatría Social y Salud Pública. De acuerdo con lo establecido en la Orden la pediatría trata de abarcar la salud de la infancia desde diferentes perspectivas:

- Pediatría Preventiva, la referente a los cuidados del niño y adolescente sano
- Pediatría clínica, referida a la asistencia médica integral, total y continuada de la infancia en estado de enfermedad.
- Pediatría social, enfocada en la infancia (independientemente de su estado de salud) y su relación con el entorno, ya sea físico y humano. En ella se tienen en cuenta las interrelaciones personales y con la comunidad.

En dicha Orden, la definición de pediatría hace referencia a la infancia en su conjunto. No obstante, la práctica clínica de la pediatría varía según la comunidad autónoma, estableciendo diferentes límites de edad.

Finalmente, dentro del ámbito sanitario, cabe destacar la existencia de servicios complementarios al Sistema Nacional de Salud, orientados a facilitar el acceso a la atención sanitaria para la infancia, la juventud y los colectivos en situación de exclusión social. Entre estos se incluyen programas específicos destinados a la identificación y detección temprana de problemáticas de salud que afectan a la infancia en contextos de vulnerabilidad, tales como víctimas de violencia intrafamiliar, niñas, niños y adolescentes con discapacidad o alteraciones en el desarrollo, así como mujeres embarazadas en riesgo de exclusión.

2. Comunidades autónomas

Tienen **plenas competencias en la gestión de los servicios pediátricos**, es decir:

- Contratan al personal (médicos, enfermeros, pediatras).
- Organizan los centros de salud y hospitales.
- Deciden horarios, distribución de recursos, programas específicos (por ejemplo, vacunas añadidas al calendario).
- Pueden establecer protocolos o refuerzos locales (por ejemplo, programas de salud escolar o cribados).
- Determinan las personas beneficiarias del sistema de servicios y prestaciones pediátricas: En este sentido, según la comunidad autónoma, la pediatría pediátrica puede concluir a los 14 o a los 16 años (o en casos de patologías graves, a los 18).

Hay que tener en cuenta que **las comunidades autónomas pueden ampliar la cartera de Servicios** y puede contar con programas específicos, por ejemplo, en salud nutricional. Además, pueden financiar programas a través de convenios con las entidades locales y líneas de subvención para las entidades del tercer sector, lo que puede generar desigualdades y dificultar un enfoque integral de la salud. Si bien el



hecho de que las competencias en salud estén transferidas a las comunidades autónomas permite adaptar la atención sanitaria a las características, necesidades y realidades de cada territorio, es preciso que esta descentralización esté acompañada de mecanismos de coordinación, financiación equitativa y estándares comunes que garanticen que todos los ciudadanos, vivan donde vivan, tengan los mismos derechos y oportunidades en materia de salud.

3.1 Principales carencias a nivel general

Como ya se ha explicado, la Orden SCO/3148/2006 incluye, dentro de la pediatría, a las y los adolescentes. Sin embargo, son las comunidades autónomas quienes determinan las personas beneficiarias del sistema de servicios y prestaciones pediátricas. Así, mientras en unas comunidades autónomas se **limita la atención pediátrica hasta los 14 años**, en otras pueden llegar a ampliar la edad o incluso hacer excepciones hasta los 18 años en casos de patologías graves o crónicas. De esta manera, los servicios públicos de salud dejan fuera a la adolescencia de entre 15 y 17 años, que tienen que ser tratados dentro del sistema general, sin ningún tipo de especialización. Hay que tener en cuenta que durante la adolescencia se siguen atravesando cambios físicos, emocionales, hormonales y sociales únicos, distintos de los adultos y es una etapa crucial para fomentar la detección precoz de ciertos problemas, como los referidos a la salud mental, y realizar un acompañamiento efectivo.

Una de las grandes dificultades a las que se enfrenta la pediatría dentro de la Atención Primaria son los problemas de cobertura, con plazas no ocupadas por especialistas y con cupos pediátricos que exceden el número adecuado de niñas y niños por profesional. El 2025 ha sido el primer año en el cual se han cubierto todas las plazas del MIR ofrecidas en esta especialidad ²¹. Además, siguen existiendo desigualdades territoriales en la distribución de pediatras, con comunidades autónomas como Navarra y Comunidad Valenciana con ratios superiores a la media, mientras que Ceuta, Melilla y Baleares presentan déficits significativos²².

Según estimaciones realizadas por la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, en el 2024 más de 1,9 millones de niñas, niños y adolescentes estarían sin un pediatra de Atención Primaria asignado en su centro de salud, lo que implica que deben ser atendidos por un médico general o un especialista diferente. La cifra supera en 360.000 a las del 2018. Y es que, si bien se ha reforzado la atención pediátrica en los hospitales, en los centros de salud siguen faltando pediatras: un 32 % de las plazas de pediatría en Atención Primaria no tienen un especialista.²³

Dentro de los perfiles profesionales referidos a la pediatría, se observa la necesidad, no sólo de aumentar el número de pediatras, sino también de que los médicos de familia y comunitaria que prestan servicios de salud a la infancia adquieran la **formación y especialización** necesaria. También se detecta una **carencia de profesionales de enfermería pediátrica**. Aunque más de 13.000 profesionales han obtenido la especialidad, muchas no pueden ejercer como tales por falta de plazas específicas, bolsas de empleo o reconocimiento²⁴.

Otro punto de acuerdo común es poner atención a la **cobertura pediátrica en las zonas rurales**²⁵. Aunque las ratios no son diferentes a los de otras zonas la dispersión de la población y las distancias constituyen un problema, en especial en lo referente a la atención hospitalaria.

Por otro lado, preocupa las limitaciones existentes para que la **asistencia a la infancia sea integral, interdisciplinar e intersectorial**, sustentada en la legislación específica y en los protocolos establecidos oficialmente. No se trata únicamente de responder a los problemas detectados, sino de avanzar en la promoción del bienestar físico, mental y social de la infancia y adolescencia, con servicios y estructuras adaptadas a sus necesidades.

²¹ <https://www.redaccionmedica.com/directo/adjudicacion-mir-2025/20250528>

²² Informe 03-2024 sobre derechos, calidad de vida y atención a la infancia

²³ Casi 2 millones de niños no tiene pediatra de Atención Primaria

²⁴ Situación actual y retos de la enfermería pediátrica | Anales de Pediatría

²⁵ Consejo Económico y Social. (2024) Derechos, calidad de vida y atención a la infancia recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf>

El enfoque de derechos dentro de la pediatría es vital, los derechos de la infancia no se limitan a la protección frente al daño, sino que incluyen:

- Derecho a la salud integral, que exige un abordaje que contemple lo físico, lo mental, lo social y lo ambiental.
- Derecho a la equidad, para reducir desigualdades en el acceso a la atención sanitaria, educativa y social, con especial atención a grupos en situación de vulnerabilidad (infancia migrante, minorías étnicas, pobreza severa).
- Derecho a la participación, incorporando la voz de niñas, niños y adolescentes en la planificación de servicios, programas y políticas que les afectan.
- Derecho a crecer en entornos seguros y protectores, lo que implica no solo la ausencia de violencia, sino también la garantía activa del buen trato como experiencia vital básica.

Invertir en infancia es un acto de justicia social y de salud pública que trasciende la acción sanitaria: exige marcos intersectoriales de corresponsabilidad (salud, educación, servicios sociales, urbanismo, medio ambiente). Solo así se garantiza la coherencia entre los compromisos internacionales asumidos por el Estado y la realidad cotidiana de niñas, niños y adolescentes.

En este sentido, las reivindicaciones de los pediatras dan gran importancia al **fomento del buen trato** que constituye un eje fundamental para garantizar el desarrollo integral de la infancia y la adolescencia. No se limita a la ausencia de violencia, sino que implica la creación activa de entornos protectores, afectivos y estimulantes, donde los vínculos de cuidado y la seguridad emocional estén garantizados. La evidencia científica confirma que las experiencias tempranas de cuidado positivo son factores protectores frente al estrés tóxico y contribuyen a:

- la resiliencia emocional
- el adecuado desarrollo neurobiológico
- la mejora del rendimiento escolar
- y la reducción de la incidencia de problemas de salud mental en la adolescencia y adultez.

El buen trato debe reconocerse como una condición esencial de salud pública, con impacto directo en la calidad de vida y en la equidad social que debe ser promocionado como un principio transversal en todas las políticas de infancia, complementando los marcos de protección y prevención de la violencia.

Finalmente, se detecta una **falta de promoción y protección**, tanto en Atención Primaria como en especialidades, **de los cuidados precoces**, tanto a las madres como a las niñas y niños en el momento del parto y la lactancia.



Propuestas de mejora de la atención pediátrica

- Aumentar las plazas del MIR y financiar a las comunidades autónomas las plazas acreditadas
- Ampliar las especialidades pediátricas hasta los 17 años, hasta los 18 en salud mental y hasta los 21 en los casos de Trastornos del Espectro Autista
- Unificar las prestaciones de enfermería pediátrica en Atención Primaria entre todas las comunidades autónomas.
- Incentivar de forma curricular o económica las plazas de difícil cobertura, como en las áreas rurales
- Garantizar la asistencia pediátrica a todas las niñas y niños sin excepción, independientemente de su situación administrativa o la de sus madre o padres o tutores legales, de acuerdo con la legislación vigente.
- Asegurar que esta atención es continuada y estable, con profesionales de referencia que puedan conocer el historial de las niñas y niños y sus familias a lo largo del tiempo.
- Incorporar de manera sistemática de los determinantes estructurales que afectan a la salud, como la pobreza, la vulnerabilidad, etc. en la historia clínica mediante herramientas como el modelo FACTORES²⁶.
- Desarrollar protocolos interseccionales de actuación para garantizar la coordinación entre sanidad, educación, servicios sociales, etc. para la detección precoz de problemas relacionados con la violencia, salud mental, etc.
- Incorporar la observación del clima afectivo y relacional como parte de la valoración clínica pediátrica.
- Definir protocolos comunes y circuitos de derivación que eviten duplicidades, lagunas de atención o revictimización de niñas o niños y familias.
- Fomentar que las salas de maternidad, centros de salud y unidades neonatales españolas adopten prácticas que protejan, promuevan y apoyen el parto humanizado y la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

3.2 Carencias en la cartera de servicios

En España, la salud en la infancia se reconoce como un **derecho fundamental** protegido por la Constitución y por la normativa nacional e internacional. El **Sistema Nacional de Salud garantiza a toda la infancia el acceso a la asistencia sanitaria en condiciones de equidad**. Este marco jurídico se sustenta en la convicción de que el bienestar físico, mental y social de las niñas, niños u adolescentes constituye un pilar esencial para su desarrollo integral y para la sociedad en su conjunto.

²⁶ Reconocer los determinantes estructurales como parte del trabajo pediátrico no significa medicalizar la pobreza, sino entender que los contextos sociales son determinantes de salud tanto como los factores biológicos. La Pediatría Social aporta marcos conceptuales y prácticos para integrar los en la atención clínica y comunitaria

No obstante, existen determinados **servicios sanitarios que no están incluidos en la cartera básica del Sistema Nacional de Salud o lo están solo de forma parcial**. Entre ellos se destacan:

- Salud bucodental
- Salud nutricional
- Oftalmología
- Salud mental
- Salud auditiva
- Atención Temprana
- Fisioterapia pediátrica
- Podología

Algunos de estos servicios pueden ser cubiertos por las comunidades autónomas a través de programas específicos.

3.2.1 Prestaciones bucodentales

La salud bucodental ha sido señalada como una de las áreas a mejorar dentro de las prestaciones del Sistema Nacional de Salud²⁷. Esto se debe a que los problemas de salud bucodental son las más frecuentes dentro de la población infantil y la falta de detección y tratamiento oportuno pueden derivar en el agravamiento de las enfermedades.

El [Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud](#) tiene como objetivo homogeneizar las prestaciones en todo el territorio nacional y ampliar los servicios comunes con un enfoque preventivo, priorizando colectivos vulnerables: infantojuvenil, embarazadas, personas con discapacidad y pacientes oncológicos.

Hasta los 14 años las prestaciones cubiertas serían las siguientes:

- Revisión periódica del estado de salud oral.
- Determinación del riesgo individual de caries.
- Aplicación de sustancias remineralizantes, antisépticas y desensibilizantes.
- Tratamientos específicos para dentición temporal y definitiva.
- Atención a traumatismos en incisivos y caninos definitivos.

El Plan, aprobado en 2022, aportó los esperados 44 millones iniciales, a los que se añadieron dos transferencias a las comunidades autónomas de 68 millones acordadas por los Consejos de Ministros celebrados el 30 de octubre de 2023 y el 18 de junio de 2024, destinando una inversión total de 180 millones de euros hasta la fecha.

De forma complementaria, **las comunidades autónomas han desarrollado sus propios modelos de carteras complementarias de tratamientos**²⁸.

²⁷ Consejo Económico y Social. (2024) Derechos, calidad de vida y atención a la infancia recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf>

²⁸ DONTÉ Group. (2023). *Informe sobre salud bucodental y exclusión económica: Un coste social evitable*. Recuperado de https://www.dontegroup.com/wp-content/uploads/2023/09/DONTE-GROUP_Informe-Salud-bucodental-y-exclusio-%CC-%81n-econo-%CC-%81mica.pdf



1. Modelo PADI (Plan de Atención Dental Infantil) - Se implantó en los años 90 en el País Vasco y Navarra y, posteriormente, en Andalucía, Murcia, Aragón, Baleares, Extremadura y Canarias. - Se basa en un sistema de financiación pública y provisión mixta, en el que tanto centros públicos como dentistas privados concertados prestan la asistencia. - Permite la libre elección de dentista (público o privado). - Las prestaciones se centran en la prevención más que en el tratamiento. - El pago a los dentistas privados se realiza por capitación (una cantidad fija por paciente atendido) y por tarifa pactada en casos especiales. - En algunas comunidades, como Navarra y el País Vasco, las niñas y niños reciben un “talón dental” o voucher personalizado, que facilita su acceso al servicio. - Para los expertos, el modelo PADI en el País Vasco, con cheque talón, ha permitido un mayor seguimiento y cobertura en la infancia, al generar la dinámica de uso anual recurrente, llegando a incluir a niñas y niños de 15 años²⁹.
2. Modelo de atención pública - Presente en comunidades como Madrid, Cataluña, Comunidad Valenciana, Galicia, Asturias, Cantabria, La Rioja, Ceuta y Melilla. - Toda la atención es proporcionada por profesionales del sistema público de salud (dentistas e higienistas contratados por la Administración). - Se realizan todas las prestaciones recogidas en la cartera de servicios de la comunidad autónoma. - En la mayoría de los casos, el servicio se presta en centros de salud de Atención Primaria o en centros de referencia para tratamientos específicos. - Algunas comunidades han desarrollado legislación propia para ampliar la cobertura y mejorar la prestación del servicio. - En la mayoría de las regiones se sigue un programa de revisiones escolares, desde donde se deriva a las niñas y niños al dentista público si presentan riesgo o necesidades de tratamiento.
3. Modelo mixto - Implantado en Castilla-La Mancha y Castilla y León, aunque con diferencias entre ambas comunidades. - Es una evolución del modelo público, pero con derivación de tratamientos más complejos (endodoncias, traumatismos, malformaciones) a clínicas privadas con financiación pública. - Se diferencia entre: a) Prestaciones básicas (prevención y restauraciones sencillas), realizadas en el sistema público. Y b) Prestaciones especiales (endodoncias, traumatismos graves, malformaciones), realizadas en clínicas privadas mediante derivación del dentista público.

Fuente:elaboración propia a partir del informe DONTE GROUP (2023)

En general se observa que el sistema de prestaciones de servicios bucodentales se caracteriza por³⁰:

- **Existir diferencias en el rango de edad cubierto:** Habría hasta 14 comunidades autónomas que cubrirían el grupo de edad comprendido entre los 6 y los 14 años, lo que supone un 82 % de las comunidades autónomas, y el 94 % de las comunidades autónomas (16), cubrirían el rango de edad de 7 a 14 años³¹ y de 0 a 6 años (dentición temporal).
- Todas las comunidades ofrecían las prestaciones básicas con una **significativa variedad territorial en lo referente a los tratamientos especiales** como puedan ser atención a inci-

²⁹ DONTE Group. (2023). *Informe sobre salud bucodental y exclusión económica: Un coste social evitable*. Recuperado de https://www.dontegroup.com/wp-content/uploads/2023/09/DONTE-GROUP_Informe-Salud-bucodental-y-exclusio%CC%81n-econo%CC%81mica.pdf

³⁰ Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental_.pdf

³¹ Prestaciones básicas: Todas las comunidades autónomas ofrecen:

- Revisión anual de la salud bucodental.
- Instrucciones sobre hábitos dietéticos e higiene bucodental.
- Sellado de fosas y fisuras.
- Exodoncias de piezas temporales.
- Obturación de piezas permanentes.
- Aplicación de flúor tópico (94 % de las comunidades autónomas).
- Tartrectomías (88 % de las comunidades autónomas).
- Tratamientos pulpares en dentición permanente (71 % de las comunidades autónomas).

sivos y caninos permanentes en casos de traumatismos, enfermedad o malformaciones, aunque su cobertura varía entre comunidades autónomas.

- Quedan fuera del Sistema Nacional de Salud los tratamientos odontológicos, a no ser que se refiera a casos graves, los implantes dentales, coronas, endodoncias complicadas y las prótesis

Principales carencias

Quedan fuera una serie de servicios y tratamientos importantes para la salud bucodental, como son:

- **Servicios para la dentición temporal:** No se incluyen las reparaciones, las endodoncias ni las obturaciones en la dentición temporal (dientes de leche) salvo excepciones
- **Ortodoncia:** Los aparatos de ortodoncia, incluyendo brackets o alineadores, no están cubiertos por el Sistema Nacional de Salud, excepto en situaciones muy graves o malformaciones congénitas. Tampoco se incluyen las extracciones de piezas dentales sanas por motivos ortodóncicos.
- **Tratamientos estéticos:** Cualquier tratamiento con finalidad estética (blanqueamiento, carillas, coronas por estética, etc.) queda fuera de la cobertura pública
- **Implantes dentales y prótesis:** Generalmente no cubiertos, salvo en casos excepcionales como pacientes oncológicos de cabeza/cuello que han perdido dientes, o personas con malformaciones congénitas (anodoncia).
- **Pruebas complementarias no esenciales:** Radiografías (panorámicas, tac, escáner intraoral) u otras pruebas que no sean imprescindibles para tratamientos cubiertos no están financiadas

Además, algunos servicios, no incluyen a toda la infancia:

- El sistema de salud bucodental Público en España es de carácter preventivo y basado en la dentición permanente, no tanto en la temporal, por lo que **no tiene en cuenta a la infancia de entre 0 y 6 años**.
- **También existe una discriminación a la adolescencia de entre 15 a 17 años.** Aproximadamente 1.608.902 adolescentes de 15 a 17 años en general y 547.027 adolescentes en riesgo de pobreza quedarían fuera de estas nuevas prestaciones³².

El Plan no incluye programas específicos para la infancia en situación de pobreza, que se caracteriza por acudir menos al odontólogo de forma preventiva, mayor prevalencia de problemas de salud bucodental y la necesidad de tratamientos más complejos. Es necesario dotar al Plan de una mirada que se acerque a las infancias más vulnerables tanto en prevención como en la práctica clínica. En las medidas preventivas, dotarlo de recursos para acceder a espacios educativos donde se encuentran las niñas y niños más vulnerables (población rural, gitana, refugiada, barrios más pobres, etc.). Y, en las medidas clínicas, ampliar las prestaciones que serán con mayor probabilidad más complejas para estos niñas y niños más vulnerables.

³² INE Encuesta de Condiciones de Vida 2024 y Población Española año a año



Ejemplo de esta realidad de altas necesidades en salud bucodental aparece en el Plan de infancia y adolescencia acompañada donde se detectan en las niñas y niños en centros de acogida del Sistema de Protección Internacional altas necesidades de prácticas clínicas fuera de las prestaciones básicas³³.

La limitada cobertura del Sistema Nacional de Salud en salud bucodental ha favorecido la atención privada³⁴. Esto se pone en evidencia con el escaso número de profesionales empleados por el Sistema Nacional de Salud, solamente a 2.195 profesionales odontólogos y estomatólogos en el conjunto del país³⁵, lo que ha dado lugar a un porcentaje elevado, mayor al resto de la Unión Europea, de necesidades de salud bucodental no atendidas. En España existe un total de 40.968 dentistas colegiados, solo un 3,4 % de los odontólogos españoles trabajan en el Sistema Nacional de Salud³⁶.

Es por ello muy preocupante el elevado precio de los tratamientos privados. Según la Encuesta de Presupuestos Familiares la asistencia odontológica ambulatoria supone 4.185 millones de euros, el 11,4 % del gasto sanitario privado y se financia en un 98,8 % con pagos directos de las familias y hogares. Esto es reflejo de la ausencia de esta prestación en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud³⁷. En España el gasto medio por hogar en dentista es de 219,12 euros y 88 euros por persona³⁸.

Los diferentes modelos y programas que conviven en las comunidades autónomas para completar el Sistema Nacional de Salud han dado lugar a una importante desigualdad e inequidad en lo relacionado con la asistencia, las coberturas y los resultados de los diferentes programas. En este sentido es fundamental que el Sistema Nacional de Salud amplíe la cartera de servicios.

Todavía no se conoce una evaluación parcial del Plan de Salud Bucodental. Se han podido observar ciertas diferencias en las comunidades autónomas para su difusión dentro del sistema educativo. Los enfoques territoriales son diferenciales: algunas regiones como Andalucía recurren a experiencias parciales de revisiones en los centros escolares, pero con un número muy pequeño de dentistas, otras como Madrid cuentan con un programa específico³⁹.

¿Cómo afecta las carencias de las prestaciones bucodentales a la infancia?

Algunas de las consecuencias de las enfermedades y afecciones bucodentales no tratadas durante la infancia son:

- Pautas de dolor crónico que conllevan a un mayor nivel de absentismo escolar, déficits de aprendizaje, y problemas en el desarrollo físico, emocional y cognitivo.
- Estigmatización y repercusiones perjudiciales en el bienestar emocional de las personas, incluidos los niñas, niños y adolescentes.
- La carencia de medidas preventivas en la infancia más vulnerable económica y socialmente lleva a que sean necesarias tomar medidas y realizar intervenciones más caras y fuera de

³³ Martín Mateo García, A., Ezzamouri El Arif, F., Iraizoz Valido-Viegas, F., & Medina Campos, J. M. (2024). *Plan de infancia y adolescencia acompañada*. Diaconía España. Proyecto del Área de Protección Internacional financiado por Dutch Council of Refugees disponible en <https://diaconia.es/plan-de-infancia-y-adolescencia-acompanada>.

³⁴ Aunque se han desarrollado planes autonómicos para cubrir estas lagunas, éstas han generado desigualdades regionales al utilizar diferentes modelos y una intensidad de inversión diferencial

³⁵ Informe 03-2024 sobre derechos, calidad de vida y atención a la infancia

³⁶ Calcula realizado a partir de Consejo General de Dentistas. (2023). *La demografía de los dentistas en España 2023: Informe técnico*. Consejo General de Colegios de Dentistas de España. <https://consejodentistas.es/publicaciones/informes-tecnicos/> y los datos del Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe sobre recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud 2023*. Gobierno de España. https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSistema_Nacional_de_Salud/tablasEstadisticas/InfAnualSistema_Nacional_de_Salud2023/Informe_RRHH_2023.pdf

³⁷ Consejo Económico y Social. (2024) el sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro. recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf/06345f02-7d44-fa49-a78f-0db0619e0b88> (página 158).

³⁸ INE Encuesta de Presupuestos Familiares 2023. Elaboración propia. https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=25145#_tabs-tabla

³⁹ <https://www.europapress.es/esandalucia/almeria/noticia-junta-incide-prevencion-promocion-salud-bucodental-escolares-20230702122951.html>

los catálogos de prestaciones generales, necesitando una atención especializada y más costosa.

Las enfermedades bucodentales afectan más a la infancia en situación de vulnerabilidad. El [Plan de acción mundial sobre salud bucodental](#)⁴⁰ muestra que existe una relación entre el nivel socioeconómico y la salud bucodental. En este sentido, las personas en situación de pobreza padecen de más y más graves problemas de salud bucodental

En la Encuesta de Condiciones de Vida año 2024 se detecta que el 6,2 % de niñas y niños menores de 16 años no han podido ir al dentista a pesar de haberlo necesitado, un 4,7 % de ellos afirmaban no poder permitírselo y un 1,6 % escribían por otras razones. Ello significa que en España 168.128 niñas, niños y adolescentes no han podido recibir la atención bucodental necesaria habiéndose detectado dicha necesidad. En concreto 127.451 niñas y niños era por no tener los medios económicos necesarios⁴¹.

Un cuarto de las niñas y niños entre 2 y 13 años nunca ha visitado al dentista, y el 7,1 % presenta necesidades no satisfechas, cifra que aumenta al 17,2 % en niñas y niños en situación de pobreza⁴².

En España, el 21 % de la infancia padece problemas de salud bucodental. siendo las caries la afección más común entre la infancia, que tiene, además, mayor prevalencia entre las familias de ingresos bajos⁴³. Por ejemplo, hay informes⁴⁴ que demuestran existe una correlación entre la caries en dentición temporal de las niñas y niños de 5-6 años y clase social: mientras que las niñas y niños de nivel social alto tienen una prevalencia de caries de casi el 22,9 %, los de nivel social bajo la tienen 21 puntos por encima, en el 43,3 %; y esa brecha se mantiene si se trata de la prevalencia de caries activa (15,6 % en el nivel social alto frente al 37 % en el bajo). Finalmente, cabe destacar que **las clases sociales más vulnerables no realizan revisiones odontológicas de manera preventiva**. Este menor nivel de prevención en la infancia en situación de pobreza podría contribuir al agravamiento de las enfermedades bucodentales, lo que hace que los tratamientos resulten más caros y complejo y se aumente el tiempo de recuperación de las intervenciones⁴⁵.

Propuestas de ampliación del programa de salud bucodental hasta los 18 años

- **Ampliar el rango de edad del Plan de Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud hasta los 17 años** (inclusive), con las prestaciones básicas cubiertas⁴⁶ y estudio de ampliación progresiva de prestaciones⁴⁷.
- **Incluir tratamientos dentales más allá de los mínimos actuales como las ortodoncias**
- Incorporar **odontólogos especializados en pediatría** en centros de salud públicos y hospitales de referencia.

⁴⁰ [Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023-2030 - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud](#)

⁴¹ INE Encuesta de Condiciones de Vida 2024, Elaboración propia.

⁴² Consejo Económico y Social. (2024) Derechos, calidad de vida y atención a la infancia recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf> (páginas 244 y 245).

⁴³ Consejo Económico y Social. (2024) Derechos, calidad de vida y atención a la infancia recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf> (páginas 244 y 245).

⁴⁴ Consejo General de Dentistas de España. (2023). *Libro Blanco 2023: Encuesta poblacional de la salud bucodental en la España postpandemia Covid-19*. Recuperado de <https://consejodentistas.es/wp-content/uploads/2023/05/Libro-Blanco-2023.pdf>

⁴⁵ DONTÉ Group. (2023). *Informe sobre salud bucodental y exclusión económica: Un coste social evitable*. Recuperado de https://www.dontegroup.com/wp-content/uploads/2023/09/DONTE-GROUP_Informe-Salud-bucodental-y-exclusio-%CC%81n-econo-%CC%81mica.pdf (página 51).

⁴⁶ Revisión anual, Diagnóstico del riesgo de caries, Higiene dental, Selladores y fluorización

⁴⁷ Endodoncias y extracciones complejas Ortodoncia interceptiva (cuando sea clínicamente necesaria) Atención prioritaria a adolescentes en el sistema de protección, discapacidad o situación de pobreza



- Crear **consultas específicas de odontopediatría** en las áreas de salud con mayor demanda.
- Favorecer la **formación específica en salud bucodental infantil** dentro del sistema MIR o como itinerario profesional reconocido.
- Iniciar revisiones dentales gratuitas **desde el primer año de vida**, no a partir de los 6 como es frecuente actualmente.
- Entregar **kits de higiene dental gratuitos** a familias con menores en riesgo de exclusión.
- Crear **protocolos de derivación rápida** desde pediatría a odontología en casos de caries, maloclusiones o alteraciones del desarrollo dental.
- **Garantizar cobertura en zonas rurales o con escasa infraestructura dental pública** mediante unidades móviles, clínicas itinerantes o convenios con centros locales.
- Priorizar el acceso gratuito a niñas y niños con **discapacidad, enfermedades crónicas o en situación de vulnerabilidad social**.

3.2.2 Programas de mejora de la nutrición y obesidad infantil

Dentro de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud relacionadas con la nutrición infantil existen hasta 7 prestaciones comunes que abarcan tanto el tratamiento de patologías específicas como la prevención y la educación. Incluyen:

- Nutrición enteral domiciliaria:
 - Administración de fórmulas enterales para lactantes y niñas o niños con necesidades nutricionales específicas debido a trastornos metabólicos congénitos o situaciones clínicas que impiden cubrir sus necesidades con alimentos ordinarios.
- Trastornos metabólicos congénitos:
 - Fórmulas específicas para condiciones como galactosemia, deficiencia del transportador de monosacáridos y glucogenosis.
- Enfermedades neurológicas subsidiarias de dietas cetogénicas:
 - Dietas cetogénicas para niñas y niños con epilepsia refractaria administradas mediante nutrición enteral.
- Alergia o intolerancia a proteínas de leche de vaca:
 - Productos dietéticos financiados hasta los dos años para lactantes con alergia o intolerancia diagnosticada a las proteínas de leche de vaca si existe compromiso nutricional.
- Cribado neonatal de enfermedades endocrino-metabólicas:
 - Detección de enfermedades como hipotiroidismo congénito, fenilcetonuria y tirosinemia tipo I, que requieren intervenciones nutricionales específicas.

- Servicios de atención a la infancia:
 - Valoración del estado nutricional y desarrollo pondo-estatural, consejos sobre hábitos saludables y educación sanitaria para prevenir problemas de salud relacionados con la nutrición.
- Vigilancia y control de la seguridad alimentaria:
 - Programa integral para garantizar la seguridad en la cadena alimentaria, esencial para la salud nutricional de la infancia.

Aunque la nutrición infantil abarca una importante serie de problemáticas (malnutrición, obesidad, trastornos alimenticios, alergias y problemas específicos, etc.), este informe se va a **referir en especial al tema de la obesidad infantil** ya que es una problemática que afecta en especial a la infancia en pobreza y porque España es uno de los países de la Unión Europea con mayor prevalencia.

En primer lugar, la **Atención Primaria** desempeña un papel central mediante la detección precoz del sobrepeso y la obesidad en las revisiones periódicas del niño sano. En estas consultas se monitorizan parámetros como el peso, la talla y el índice de masa corporal, lo que permite identificar casos en fases tempranas. Asimismo, los pediatras y profesionales de enfermería ofrecen **consejo sanitario** orientado a la adopción de hábitos saludables, incluyendo pautas sobre alimentación equilibrada, promoción de la dieta mediterránea, incremento de la actividad física y reducción del consumo de ultraprocesados y bebidas azucaradas.

De forma complementaria, **algunas comunidades autónomas desarrollan programas específicos de prevención** en centros de salud y hospitales, tales como talleres de educación nutricional, prescripción de ejercicio físico o escuelas de salud para familias. En los casos más graves, los menores son derivados a **servicios de endocrinología pediátrica**, donde se ofrece un abordaje multidisciplinar que puede incluir a endocrinólogos, dietistas, psicólogos y fisioterapeutas.

En el año 2022 aparece el [Plan estratégico nacional para la reducción de la obesidad infantil](#) que cataloga a la obesidad infantil como un **problema de salud pública y de equidad**, ya que afecta más a la población con menor nivel socioeconómico⁴⁸.

Entre las medidas claves del Plan estarían la promoción de la actividad física y el deporte, el fomento de la alimentación saludable, la promoción del bienestar y el descanso adecuado y varias propuestas para reforzar el sistema público. Sin embargo, **ninguna de sus líneas estratégicas se refiere al Sistema Nacional de Salud**.

En la lucha para romper el círculo pobreza - obesidad infantil **tienen un papel clave los comedores escolares**, que para algunos niñas y niños en situación de pobreza pueden suponer contar con la comida más significativa del día. En ese sentido se ha desarrollado el [Real Decreto 315/2025, de 15 de abril, por el que se establecen normas de desarrollo de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, para el fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros educativos](#)⁴⁹. Es importante tener en cuenta que los comedores escolares son además una importante herramienta de equidad educativa y de bienes⁵⁰. Sin embargo, una vez más, **las medidas propuestas no incluyen directamente la atención sociosanitaria**.

⁴⁸ El horizonte temporal para su implementación abarcaría hasta el año 2030. Parcialmente financiado por los Fondos Europeos NextGenerationEU, se establece un Comité Interministerial, presidido por el Ministerio de Sanidad, para coordinar la implementación del Plan. También se contará con un Comité Asesor y la participación de comunidades autónomas y Entidades Locales.

⁴⁹ España (2025). *Real Decreto 315/2025, de 15 de abril, por el que se establecen normas de desarrollo de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, para el fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros educativos*. Boletín Oficial del Estado, 92, 47971–47985. <https://www.boe.es/boe/dias/2025/04/16/pdfs/BOE-A-2025-7659.pdf>

⁵⁰ Educo (2025) – Pendiente de publicación



Finalmente, en el [Primer Informe bienal de progreso de la implementación de la Garantía Infantil Europea](#), puede observarse que el apartado de salud nutricional se basa en el Plan Estratégico Nacional para la reducción de la obesidad infantil y en la promoción de hábitos saludables en las comunidades autónomas.

Principales carencias

El problema de la obesidad infantil se trata desde una perspectiva multidisciplinar en la que se incluye, no sólo el ámbito sanitario, sino también el educativo y social. Es por ello por lo que muchos de los Planes y Estrategias creados para combatir la obesidad se centran en medidas importantes, como los comedores escolares o en la publicación de alimentos. Sin embargo, no abordan las carencias que existen en el nivel del Sistema Nacional de Salud:

En España no existe la especialidad de nutricionista pediátrico. Aunque existe el perfil de dietista-nutricionista (D-N), este no está integrado sistemáticamente en la Atención Primaria ni hospitalaria pública, por lo que muchos problemas de obesidad son, a menudo, tratados por enfermería.

También hay una escasez de recursos humanos especializados, especialmente de dietistas-nutricionistas y psicólogos clínicos, con especialización en infancia.

Otro problema es que la atención se encuentra **más centrada en el tratamiento que en la prevención**, lo que reduce la eficacia de las intervenciones a largo plazo. Además, la elevada **carga asistencial en las consultas de pediatría** dificulta dedicar el tiempo necesario a la educación en hábitos saludables⁵¹.

Asimismo, se observa una **insuficiente coordinación intersectorial** entre el ámbito sanitario y otros sectores determinantes de la salud infantil, como la educación o las políticas sociales, lo que limita la capacidad de generar entornos saludables. Además, persiste un cierto grado de **infra diagnóstico y estigmatización**, ya que en ocasiones los profesionales sanitarios no están lo suficientemente formados en las problemáticas asociadas a la obesidad⁵².

También hay una falta de homogenización territorial, lo que influye en que la lucha contra la obesidad infantil no se desarrolle del mismo modo en las comunidades autónomas.

¿Cómo afecta a la infancia la falta de cobertura en temas de nutrición?

Algunas de las consecuencias de la obesidad infantil son:

- En la salud física pueden sobrevenir dificultades respiratorias, indicios tempranos y **mayor predisposición para sufrir enfermedades** como diabetes tipo 2, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, colesterol alto y cáncer.
- En la **salud mental**, baja autoestima y percepción negativa del cuerpo, lo que afecta la confianza y bienestar psicológico aumentado el riesgo de trastornos de conducta alimentaria.
- **Mayor riesgo de desarrollar ansiedad, depresión y otros trastornos emocionales debido a la presión social, el estigma y la discriminación.** Pueden tener impacto en el rendimiento escolar, incluyendo menor concentración y mayor absentismo.

⁵¹ [Incorporación del dietista-nutricionista en el Sistema Nacional de Salud \(SNS\): Declaración de Postura de la Asociación Española de Dietistas-Nutricionistas \(AEDN\) | Revista Española de Nutrición Humana y Dietética](#)

⁵² [El estigma sobre la obesidad se cuela en las consultas: un 23% de sanitarios responsabiliza al paciente y el 38% reconoce tener prejuicios](#)

- **Estigmatización**, alta probabilidad de sufrir acoso escolar y exclusión social, lo que fomenta un mayor aislamiento y falta de integración y relaciones interpersonales.
- **Menor participación en actividades físicas y sociales** debido a limitaciones físicas o inseguridad, menor probabilidad de completar estudios superiores.
- Incluso en las situaciones más extremas se podría encontrar con un impacto negativo en la calidad de vida, incluyendo limitaciones en actividades cotidianas y recreativas.

España era el cuarto país de la UE con mayor prevalencia de obesidad infantil entre de 2 a 13 años en 2020⁵³ ya que el 30 % de los niños, niñas y adolescentes en obesidad en 2023, siendo más común en niños (33,7 %) que en niñas (26 %) ⁵⁴.

La Fundación Gasol muestra un dato ligeramente superior para ese mismo año: el 33,2 % de las niñas, niños y adolescentes en España de entre 8 a 16 años estarían en situación de obesidad, el 21,6 % tiene sobrepeso y el 11,6 % obesidad, además, el 1,5 % presenta obesidad severa.

El **mayor nivel de prevalencia** se encuentra en el **grupo etáneo de 6 - 9 años.**, en concreto, el 36,1 % presentan exceso de peso (20,2 % sobrepeso y 15,9 % obesidad).⁵⁵

La obesidad es una afección más habitual entre la infancia en situación de pobreza. Así, las leves mejoras que se están produciendo en el grupo de 6 a 9 años (el que tiene los datos más altos de sobrepeso y obesidad) no se observan en los entornos familiares con un menor nivel de ingresos. La prevalencia en el exceso de peso en las familias con ingresos inferiores a los 18.000 euros llega hasta el 46,7 %, frente al 29,2 % de las familias que ingresan más de 30.000 euros⁵⁶

Toda la bibliografía científica y estudios sobre la problemática de la obesidad y la pobreza infantil muestran una relación entre nivel educativo más bajo, menor renta, así como presencia de adultos con obesidad en el núcleo familiar, como factores que aumentan el riesgo de obesidad entre la infancia⁵⁷.

En lo referente **a distribución territorial**, la prevalencia de las tasas de sobrepeso, obesidad y obesidad severa son más altas en provincias del sur de España.

Los factores que median la asociación entre el exceso de peso y la pobreza infantil son múltiples y se relacionan entre sí destacando⁵⁸:

- El nivel de los ingresos, el nivel educativo y la situación ponderal de las madres y padres.
- Los estilos de vida de los propios niños y niñas relacionados con la alimentación.
- La práctica de actividad física y el sedentarismo.

⁵³ [Informe 03-2024 sobre derechos, calidad de vida y atención a la infancia](#)

⁵⁴ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2021). *Estudio ENE-COVID y su asociación con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil en España*. Ministerio de Consumo, Gobierno de España. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ENE_COVID_NINOS_FINAL.pdf (Página 17).

⁵⁵ [ALADINO_AESAN.pdf](#)

⁵⁶ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2023). *Estudio ALADINO 2023: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España*. Ministerio de Consumo. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ALADINO_AESAN.pdf (Página 50).

⁵⁷ Gasol Foundation. (2023). *Estudio PASOS 2022-2023*. Recuperado de <https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8152&tipo=documento> página 7. Esta sigue un gradiente socioeconómico: alcanza a un 6,7 % más de la población matriculada en centros educativos ubicados en una sección censal con una menor renta media por persona y año. [Estudios Pasos 2022-2023 de la Fundación Gasol](#).

⁵⁸ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición & Alto Comisionado contra la Pobreza Infantil. (2022). *Obesidad y Pobreza Infantil: Radiografía de una doble desigualdad*. Ministerio de Consumo. Recuperado de https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/observatorio/Obesidad_Pobreza.pdf (página 8).

- Las horas de sueño y usos de pantallas.
- Las percepciones que tienen las madres y padres de su peso.
- Las características del entorno en el que viven y crecen los y las escolares, tanto escolar como residencial, atravesadas por la pobreza.

Propuestas para la salud nutricional en la infancia

- **Incorporar oficialmente la figura del dietista-nutricionista pediátrico** en el Sistema Nacional de Salud, especialmente en centros de Atención Primaria, hospitales pediátricos y unidades de salud escolar.
- **Crear plazas públicas específicas** para nutricionistas especializados en población infantil y adolescente.
- **Asignar al menos un nutricionista por zona básica de salud pediátrica**, trabajando en coordinación con pediatras y enfermería.
- Realizar **valoraciones nutricionales periódicas** desde edades tempranas (alimentación complementaria, infancia temprana, etapa escolar).
- **Fomentar la detección precoz de malnutrición**, obesidad, trastornos alimentarios, anemia, déficit de micronutrientes, etc.
- Incrementar la atención especializada en **niñas y niños con enfermedades crónicas** (diabetes tipo 1, celiaquía, alergias alimentarias, trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades metabólicas, etc.).
- **Realizar un seguimiento nutricional de menores institucionalizados, con discapacidad o en riesgo de exclusión social.**
- Trabajar coordinadamente en **equipos multidisciplinarios**, con pediatras, psicólogos infantiles, logopedas, endocrinos pediátricos, trabajadores/as sociales y educadores/as sociales, etc.
- Crear un **registro nacional de indicadores nutricionales pediátricos**: IMC por edad, prevalencia de malnutrición, trastornos de la conducta alimentaria, etc.
- Promover programas y actividades para que las familias conozcan las necesidades alimentarias y nutricionales de la infancia en sus diferentes etapas desde los centros de salud. Proporcionar a las familias la información básica necesaria para atender estas necesidades.





3.2.3. Prestaciones oftalmológicas

El Sistema Nacional de Salud incluye la revisión visual, la consulta oftalmológica, derivada de Atención Primaria, ciertos tratamientos farmacológicos e intervenciones quirúrgicas.

Históricamente, los productos ópticos como gafas y lentillas no han estado incluidos en la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud. Recientemente el Gobierno de España anunció el [Plan Veo](#), una ayuda económica de 100 euros anuales para menores de 16 años que necesiten gafas o lentillas, independientemente de su situación económica⁵⁹. Esta medida, dotada con 48 millones de euros, busca garantizar el acceso universal a la salud visual infantil.

Prestaciones incluidas en el Sistema Nacional de Salud.

PRESTACIÓN INCLUIDA	DETALLE	OBSERVACIONES
Revisión visual básica	Valoración de agudeza visual a partir de 3–4 años	Parte del control del niño sano en Atención Primaria
Consulta con oftalmología	Derivación desde Atención Primaria por sospecha de patología	No hay tiempos máximos garantizados
Diagnóstico precoz	Detección de estrabismo, ambliopía, miopía, hipermetropía	Sin programas universales escolares obligatorios
Tratamientos farmacológicos	Colirios, antiinflamatorios, tratamientos oftálmicos	Requiere prescripción especializada
Intervenciones quirúrgicas	Cataratas congénitas, estrabismo, etc.	Cubiertas cuando hay indicación clínica

Prestaciones excluidas

PRESTACIÓN EXCLUIDA	SITUACIÓN
Gafas graduadas (montura y cristales)	Parcialmente cubierta con el Plan Veo hasta 100 euros
Lentes de contacto	Parcialmente cubierta con el Plan Veo hasta 100 euros
Filtros especiales, prismas, ayudas ópticas	No se observa inclusión en el plan Veo Excluidos, incluso en casos de trastornos del aprendizaje
Ortóptica y rehabilitación visual	Generalmente fuera del sistema público y que no esta reconocida en la cartera común.
Revisiones sistemáticas	Actualmente no están implantadas las revisiones sistemáticas escolares de la visión como prestación obligatoria.

Principales carencias

El Plan VEO, a pesar del importante avance que supone, también tiene una serie de carencias:

- Entre otras, **el Plan sólo llega hasta los menores de 16 años**, dejando fuera de la prestación a 294.391 adolescentes de 17 años con problemas visuales⁶⁰. Sería recomendable de manera general la **ampliación de esta prestación hasta los 18 años** en cumplimiento de la Convención de Derechos del Niño y la Niña.
- Otra objeción es el importe medio de gafas y lentillas; la aportación de 100 euros queda por debajo de los precios** que indican los estudios del sector que dan un importe cercano a los 200 euros en 2022⁶¹.

- El Plan no tiene en cuenta la prevención y la detección. Sería necesario instaurar revisiones visuales**, sólo una básica a partir de los 3 o 4 años para detectar el ojo vago, por lo que, más allá de esa edad, no existe una implementación de controles periódicos en diferentes etapas de la infancia para detectar problemas visuales como fase inicial antes de recibir ayudas específicas para la compra de gafas y lentillas.

Con anterioridad al Plan Veo, algunas comunidades autónomas habían realizado sus propias políticas relacionadas con el acceso a las gafas y las lentillas, como en el caso de Madrid, que en 2024 había lanzado una iniciativa para proporcionar gafas gratuitas (hasta 55 euros) a los menores de 14 años, o Andalucía que promovió una proposición de ley, aprobada por unanimidad en su Parlamento, que planteaba incluir la gratuidad de los productos ópticos para menores y un sistema de copago según la renta del hogar.

Con respecto a la **especialidad de la oftalmología**, algunas de las principales carencias que se observan están relacionadas con la falta de sensibilización y concienciación sobre la salud visual. El Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas asegura que el Sistema Nacional de Salud presta **poca atención sobre la salud visual de la infancia**⁶². Destacan que gran parte de los defectos refractivos (miopía, hipermetropía, astigmatismo) son prevenibles, y que es esencial concienciar sobre la importancia de las revisiones periódicas como herramienta clave para la prevención y detección temprana

Al no existir controles obligatorios de la salud visual más allá de los 4 años la detección de los problemas recae en las decisiones de las familias. Sólo el **20 % de las personas revisan su visión a través del Sistema Nacional de Salud**, lo que deja a la mayoría (especialmente a la infancia) sin acceso público a atención óptica. En España, **uno de cada tres menores podría tener un problema de visión no corregido** sospeche⁶³.

Muchas de las alteraciones en la visión pasan desapercibidas durante las revisiones pediátricas, ya que los problemas pueden manifestarse en visión de cerca o habilidades visuales (no solo en visión lejana), y no siempre se detectan sin una evaluación especializada.

En este sentido, se observa que existe escasa concienciación social sobre la importancia de las revisiones visuales pediátricas y que, cuando los casos llegan al especialista, las problemáticas pueden ser más difíciles de corregir.

¿Cómo afecta a la infancia los problemas de acceso a la salud visual?

La falta de corrección visual adecuada en la infancia puede tener consecuencias significativas **en el desarrollo educativo y cognitivo** de la infancia y adolescencia. De hecho, se estima que el 30 % de los problemas de rendimiento académico, incluso abandono escolar, podría relacionarse con problemas visuales no diagnosticados, por lo que **todas las medidas de detección son altamente relevantes**⁶⁴.

También existen consecuencias **en la salud física y mental** de las niñas y niños como pueden ser que los problemas de visión no corregidos pueden derivar en problemas posturales, dolores de cabeza y dificultades de socialización. Junto a ello, cuando las necesidades de salud básicas de la infancia no se cubren, aparecen problemas adicionales de ansiedad, aislamiento y frustración que generan problemas de salud mental y esto sucede también con los problemas visuales no resueltos.

Aproximadamente el 31 % de las niñas, niños y adolescentes tienen problemas de visión, pero el 59 % de las familias no revisan a sus hijas o hijos porque no han manifestado quejas⁶⁵.

⁵⁹ El Consejo de Ministros ha aprobado el Real Decreto en Octubre de 2025: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/referencias/Paginas/2025/20251007-referencia-rueda-de-prensa-ministros.aspx#veo>

⁶⁰ Cálculo propio a partir del número de adolescentes de 17 años y de la prevalencia de problemas visuales del 31 % (dato del informe *Radiografía de la pobreza visual infantil en España*. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8734 (página 29 citando el INE).

⁶¹ Asociación Visión y Vida. (2024). *Libro blanco de la visión en España*. <https://visionyvida.org/>

⁶² El Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas advierte sobre la “poca atención” del Sistema Nacional de Salud a la salud visual infantil

⁶³ [La inclusión de ópticos-optometristas en el Sistema Nacional de Salud, una vía...](#)

⁶⁴ Consejo General de Colegios de Ópticos-Optometristas (CGCOO) noticia en <https://www.cgcoo.es/noticias-2/30-fracaso-escolar-esta-relacionado-con-alteraciones-vision-no-diagnosticadas-segun-cgcoo>

⁶⁵ Libro Blanco de la Visión en España – 2023 – Visión y Vida – Tu visión es tu vida



El documento “[Radiografía de la Pobreza Visual Infantil en España 2024](https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8734)”, analiza la problemática del concepto **pobreza visual infantil** en España, entendido como la incapacidad económica de las familias para adquirir o renovar equipamientos ópticos necesarios para una correcta salud visual⁶⁶.

El informe calcula **que en 2023 el 8,4 % de las niñas, niños y adolescentes, estarían en riesgo de pobreza visual**.

Si el 34 % de las niñas y niños están en riesgo de pobreza y/o exclusión social, lo que supone 2,7 millones de niñas, niños y adolescentes, se estima que **837.000 de niñas y niños estarían en situación de pobreza visual**⁶⁷. Se trata de una cifra muy elevada de niñas y niños que tendrán una serie de problemáticas asociadas a la intersección de problemas de salud visual y riesgo de pobreza no resueltos correctamente.

Propuestas para la salud nutricional en la infancia

- **Incorporar oficialmente la figura del dietista-nutricionista pediátrico** en el Sistema Nacional de Salud, especialmente en centros de Atención Primaria, hospitales pediátricos y unidades de salud escolar.

Propuestas oftalmología pediátrica

- **Realizar revisiones sistemáticas desde los 6 meses de edad**, siguiendo un protocolo nacional, con especial atención a factores de riesgo (prematuridad, antecedentes familiares, etc.).
- Establecer un **programa nacional de cribado visual infantil**, con revisiones a los 6 meses, 3 años y antes del inicio escolar.
- Impulsar la **detección precoz de la ambliopía (“ojo vago”)**, estrabismo, miopía y otras alteraciones visuales.
- **Fomentar la formación básica para pediatras y enfermería** en la identificación de signos de alerta visual.
- **Propiciar la derivación** preferente y rápida a oftalmología pediátrica en casos sospechosos.
- Implementar el uso de herramientas como **autorefractómetros portátiles** o test de agudeza visual adaptados a edad.
- Incorporar más **oftalmólogos pediátricos** en la red pública, especialmente en hospitales comarcales y regionales.
- **Crear de unidades de oftalmología pediátrica** específicas en los principales hospitales públicos.
- Potenciar la subespecialización mediante **formación MIR y post-MIR en oftalmología pediátrica**.

Propuesta política en salud visual Plan VEO

- Extender la cobertura hasta los 18 años
- Evaluar y ajustar la cuantía a los precios reales del mercado óptico, los aportes económicos están por debajo del precio medio.
- Establecer la gratuidad de las gafas y lentillas para los menores de 18 años en situación de pobreza, con discapacidad o en situación de vulnerabilidad.
- Establecer revisiones visuales obligatorias en entornos escolares.

3.2.4 Salud mental en la infancia y la adolescencia

España es uno de los países de la Unión Europea con mayor prevalencia en problemas de salud mental entre niñas, niños y adolescentes⁶⁸. En los últimos años, la salud mental ha ido adquiriendo importancia en agenda social y política, poniéndose en marcha diferentes estrategias y planes a nivel estatal y local con el objetivo de asegurar un nivel de salud mental adecuado, pero estos siguen siendo insuficientes para hacer frente a la situación real. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad⁶⁹, encomienda, en el artículo 18. 8, a las Administraciones Públicas la promoción y mejora de la salud mental, que dedica su capítulo III, artículo 20, en su totalidad a la salud mental. El Gobierno actual ha afirmado que la atención a la salud mental es una de sus prioridades en el ámbito sanitario⁷⁰. Para ello el Ministerio de Sanidad ha puesto en marcha **la Estrategia de Salud Mental**.

Recientemente se ha elaborado el [Plan de Acción de Salud Mental 2025-2027](#) que incluye una línea estratégica específica dedicada a la salud mental perinatal, de la infancia y de la adolescencia (línea 6) que aborda la necesidad de un enfoque integral para proteger y promover la salud mental de niñas, niños, adolescentes y mujeres en el período perinatal. Se reconoce la vulnerabilidad de estos grupos y la importancia de la prevención y el cuidado en estas etapas.

Los organismos responsables de estas líneas de acción serán Ministerio de Sanidad, comunidades autónomas e INGESA.

Además, el **Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea** (2022-2030), el cual aborda la salud mental dentro del Sistema Nacional de Salud, en su apartado 2.8. Capacidad del Sistema Nacional de Salud para atender la salud mental infantil. Sin embargo, el [Primer Informe bienal de progreso de la implementación de la Garantía Infantil Europea](#) detalla varias acciones relacionadas con la salud mental dirigidas a niñas, niños y adolescentes presenta los siguientes avances nacionales y regionales muy por debajo de las necesidades detectadas.

Principales carencias

A pesar de que la salud mental infantil ha ido tomando espacio en la agenda política y que se están elaborando diferentes planes y estrategias que ponen en relieve los principales problemas que afectan a la salud mental de este grupo de edad -como son la ansiedad, la depresión, los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), el ciberacoso, el bullying, las adicciones, el suicidio o la violencia—, el Sistema Nacional de Salud sigue enfrentando importantes dificultades⁷¹:

⁶⁶ Asociación Visión y Vida. (2024). Radiografía de la pobreza visual infantil en España. https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=8734

⁶⁷ López Oller, J. & Gracia, E. (2024). Análisis de la Encuesta de Condiciones de Vida con enfoque de infancia 2024. Plataforma de Infancia. Disponible en [Análisis de la Encuesta de Condiciones de Vida con enfoque de infancia 2024](#)

⁶⁸ En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia, UNICEF 2021

⁶⁹ A15207-15224.pdf

⁷⁰ La Moncloa. 25/04/2025. Salud mental: claves, estrategias y acciones en marcha [Prensa/Actualidad/Sanidad]

⁷¹ posicionamiento-salud-mental_POI.pdf



- **Falta de recursos, saturación del sistema y dificultad de acceso a apoyos:** El aumento de casos que demandan asistencia y la falta de recursos y de profesionales hace que muchos de estos no sean tratados en el momento necesario lo que puede hacer que se agraven más, por ello la detección precoz es vital. En España se destina un 5 % del gasto sanitario español dedicado a salud mental, valor por debajo a la media europea (5,5 %) ⁷².

Actualmente la dotación total de los psicólogos dentro del Sistema Nacional de Salud es de solo 419 en Atención Primaria y un total de 4.454 en el sistema hospitalario entre psicólogos, biólogos, químicos y físicos ⁷³. De esta dotación general solo una pequeña parte está especializada en salud mental infanto-juvenil.

- **Hay una falta de continuidad en los apoyos, por lo que en muchas ocasiones la atención no es continuada, y se refieren largas listas de espera.** Según el informe de la Fundación ANAR 2022 los tiempos de espera para el acceso a la red pública para la población infanto juvenil puede superar los seis meses.
- **La falta de formación continua y personal especializado** España tiene una **ratio de 10 psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes de entre 0 y 14 años** (2021), 12 puntos por debajo de la media europea (22) ⁷⁴. En 2021, se aprobó la especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia ⁷⁵ pero hasta la fecha no existe una especialidad en Psicología Clínica Infantil. En la actualidad, la atención primaria es la que deriva, al niño, niña o adolescente que presenta algún problema de salud mental o pudiera tenerlo, a un especialista en salud mental, pero la falta de personal especializado en salud mental infantil añadido al colapso del sistema de salud, puede dar un diagnóstico erróneo.
- **Dificultades en la prevención y detección temprana de los problemas de salud mental** Según datos de la OMS, en Europa alrededor de la mitad de estos trastornos aparecen antes de los 14 años, lo que implica que cualquier intervención posterior supone llegar demasiado tarde ⁷⁶. En este sentido es importante la formación y generación de protocolos de detección temprana de los problemas de salud mental en diferentes ámbitos como la Atención Primaria, el sistema educativo, etc.

¿Cómo afecta a la infancia los problemas de acceso a la Salud mental?

La salud mental infantil y adolescente es esencial para el desarrollo cognitivo, social y emocional, influyendo en el bienestar físico, desempeño educativo y calidad de vida futura. Los problemas de salud mental en la infancia tienden a persistir en la adultez, siendo un incumplimiento fragante de los derechos de la infancia y una condena en la edad adulta. Factores de riesgo claros para la infancia y adolescencia detectados en toda la bibliografía científicas son la pobreza, la exclusión social, la violencia (familiar, estructural, entre iguales o digital), presión social, redes sociales, ciberacoso y problemas genéticos o físicos. Todos estos factores requieren de políticas públicas para limitar su impacto pernicioso.

⁷² Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf

⁷³ Ministerio de Sanidad. (2023). Informe del Sistema de Información Sanitaria del Sistema Nacional de Salud: Recursos Humanos 2023.

⁷⁴ https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnualSNS2023/Informe_RRHH_2023.pdf (página 22).

⁷⁵ https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf

⁷⁶ BOE-A-2021-13266 Real Decreto 689/2021, de 3 de agosto, por el que se establece el título de médica/o especialista en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia y se actualizan diversos aspectos del título de médica/o especialista en Psiquiatría.

⁷⁶ Oxfam Intermón & Consejo de la Juventud de España. (2024). *Equilibristas: Las acrobacias de la juventud para sostener su salud mental en una sociedad desigual*. <https://cdn2.hubspot.net/hubfs/426027/Oxfam-Website/oi-informes/informe-juventud-oxfam-intermon-2024-CJE.pdf> (página 39).

El problema de salud mental más prevalente en la infancia es la depresión, que afecta al 5 %. En la adolescencia, los problemas más frecuentes son la depresión y los síntomas obsesivos-compulsivos (5 %), la ansiedad social (4 %), el estrés postraumático (4 %), las quejas somáticas (4 %) y la ansiedad (3 %) ⁷⁷.

Otros problemas de salud mental habituales que tiene como momento crítico de inicio la adolescencia son los **trastornos de conductas alimentarias y las adicciones comportamentales**. En el caso de los trastornos de conductas alimentaria se manejan en población joven as cifras que se manejan para la prevalencia total de los trastornos alimentarios en personas jóvenes oscilan entre el 5,5 y el 17,9 % en mujeres y entre el 0,6 y el 2,4 % en varones. En el caso de la anorexia nerviosa, las cifras estarían alrededor del 1,5 % en mujeres y del 0,2 % en varones. con edades frecuentes de inicio de entre los 12 y los 17 años ⁷⁸.

En lo referente a adicciones se destaca que las y los adolescentes son una población vulnerable frente a las adicciones comportamentales, especialmente el juego con dinero, el uso problemático de internet, los videojuegos y el consumo de pornografía ⁷⁹.

Una de las relaciones que se establece en la literatura es que los y las adolescentes con adicciones comportamentales tienen mayores prevalencias de consumo de sustancias como alcohol, tabaco y cannabis, además de problemas familiares, económicos y de salud.

Otra de los grandes emergentes en salud mental es el peso de la soledad no deseada especialmente en el colectivo adolescente, así como sus impactos en el bienestar mental, personal y social.

En el “[informe sobre la situación de la salud mental en España. Fotografía del estado de la salud mental de la población en su relación con el bienestar de Confederación Salud Mental España](#)” muestra como hallazgo reseñable **la relación estadística existente entre salud mental y pobreza a través de regresión lineal, ya que los problemas económicos pueden llevar a problemas de salud mental como estrés, ansiedad, depresión, aislamiento social, etc.**

La Fundación ANAR en 2022 señala que la inestabilidad económica, los entornos inseguros y la violencia doméstica o comunitaria son factores de riesgo reconocidos que inciden negativamente en la salud mental infantil. Según su informe el bloque de los problemas de salud mental supera al de la violencia en las causas de llamadas a su teléfono, representa casi la mitad de las consultas realizadas por la infancia (45,1 %); y la conducta suicida se convierte en el principal motivo de llamada, con un 17,5 % del total de sus peticiones de ayuda. En total se cuantificaron 4.554 casos de llamadas por conductas suicidas. ⁸⁰Otro dato alarmante son las llamadas por autolesiones pasando de 71 casos en 2012 a 3.243 en el año 2022.

En el informe [Garantía Infantil Europea a examen: ¿Está España cumpliendo con sus compromisos? de Save the children](#) se desarrolla como **las niñas, niños y adolescentes en situación de pobreza sufren una doble penalización, por un lado, tienen más riesgo de padecer trastornos de salud mental y por otro, tienen más dificultades de acceso a los servicios públicos de atención**. Su estudio plantea que en un 16,9 % de los casos el estado de salud mental es regular, malo o muy malo y, los chicos en estos grupos de edades son quienes presentan un registro relativamente peor (18,3 %, 2,5 puntos más que las chicas).

Esta falta de recursos accesibles y de calidad hace que sea difícil acceder a la atención pública, por lo que muchas familias se ven obligadas a buscar especialistas privados. Esto afecta principalmente a la infancia en situación de vulnerabilidad, que son a su vez quienes más problemas de salud mental tienen.

⁷⁷ posicionamiento-salud-mental_POI.pdf

⁷⁸ <https://sepsm.org/los-trastornos-de-la-conducta-alimentaria-se-dan-en-chicas-cada-vez-mas-jovenes-y-en-personas-cada-vez-mas-mayores/#:~:text=Las%20cifras%20que%20se%20manejan,0%2C2%25%20en%20varones>.

⁷⁹ Ministerio de Sanidad. (2023). *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos en población adolescente: Informe 2023 del Sistema de Información sobre Adicciones*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2023_Informe_Trastornos_Comportamentales.pdf

⁸⁰ Fundación ANAR. (2023). *Informe anual 2022 del Teléfono/Chat ANAR: La conducta suicida, primer motivo de llamada en menores*. Fundación ANAR. <https://www.anar.org/la-conducta-suicida-principal-motivo-de-consulta-de-los-menores-de-edad-por-primera-vez-en-casi-30-anos-de-las-lineas-de-ayuda-anar/>



Propuestas de salud mental

- Asegurar el **acceso universal a los servicios de salud mental** a todas las niñas, los niños y adolescentes que lo necesiten, con garantías de accesibilidad universal en todos los canales, contando con equipos interdisciplinarios (enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional) y ampliando las problemáticas de salud mental que son atendidas o consideradas prioritarias en el Sistema Nacional de Salud.
- **Desarrollar canales de detección precoz**, detección y seguimiento de problemas de salud mental homogéneos, accesibles y basados en los factores de riesgos actuales.
- **Reforzar los recursos humanos de profesionales** dedicados a la salud mental de la infancia y crear programas de acompañamiento y asesoramiento para solicitar asistencia sanitaria de salud mental para niñas, niños y adolescentes.
- **Mejorar la formación de los profesionales** implicados en la atención a los problemas de salud mental infantil, tanto en materia de prevención como de intervención y desarrollar la especialidad de psicología infantil y particularmente en atención a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.
- Incorporar en el **Plan de Prevención del Suicidio 2025-2027** la perspectiva de infancia que incluyan el diseño de protocolos adaptados a diferentes áreas (centros escolares, formación no formal, centros sanitarios, etc.).
- **Garantizar la plena implementación de la Estrategia Nacional de Salud Mental** y dotar de recursos suficientes que garanticen los servicios de prevención, detección precoz, promoción y atención desde una perspectiva de derechos de infancia.
- **Prohibir los ingresos hospitalarios de salud mental de menores de 18 años en las unidades de agudos para adultos.**
- Respetar la ley y no ingresar a niñas, niños y adolescentes con problemas de salud mental en centros de protección de menores con carácter general.
- Crear un sistema de coordinación interministerial entre consejería
- Fomentar la creación de espacios seguros y de formación para familias en los centros de salud de Atención Primaria.

3.2.5 Salud auditiva

La sordera infantil postnatal es todo trastorno auditivo que se detecta más allá del nacimiento. Puede presentarse de forma progresiva, de desarrollo tardío y adquirida. Hasta la fecha, los programas de cribado auditivo neonatal han contemplado habitualmente la vigilancia hasta los tres o cuatro años de vida de las niñas y niños con factores de riesgo de desarrollar una hipoacusia diferida o de aparición tardía. Sin embargo, distintos estudios demuestran que esta medida es insuficiente, ya que la mayoría de las sorderas infantiles postnatales aparecen después de los tres años y, en muchos casos, no presentan factores de riesgo reconocibles en el momento del nacimiento.

Principales carencias

● Insuficientes cribados poblacionales. Detección de las sorderas postnatales

Los programas de cribado auditivo neonatal son insuficientes para detectar todas las sorderas en la infancia y es preciso desarrollar otras iniciativas. Es urgente también la investigación para establecer protocolos estandarizados que promuevan y mejoren la calidad de la detección, diagnóstico y tratamiento tempranos de la sordera a lo largo de la edad pediátrica.

Al igual que otros programas de cribado poblacional infantil, el cribado auditivo posnatal debe ser incluido en la cartera de servicios de Salud Pública.⁸¹

● Insuficiente prestación ortoprotésica

En la actualidad, los audífonos están dentro del catálogo de prótesis externas y está reguladas por el Real Decreto 1030/2006, que se modificó posteriormente con la Orden SCB/480/2019. En este catálogo dice expresamente que las coberturas para audífonos van destinadas a «pacientes hipoacúsicos, de cero a veintiséis años de edad, afectados de hipoacusia bilateral neurosensorial, transmisiva o mixta, permanente, no susceptible de otros tratamientos, con una pérdida de audición superior a 40 dB en el mejor de los oídos.

La prestación por audífonos no debe limitarse a aquellos casos en los que hay una pérdida de audición bilateral, del mismo modo que sucede con el resto de prótesis externas para las que no se hace ningún tipo de restricción afecte la deficiencia a un miembro o a ambos (brazo, mano, pierna o pie). Siempre que un facultativo indique el uso de una prótesis auditiva para la restitución de la funcionalidad del órgano de la audición, esta prestación concierne al Sistema Nacional de Salud, se trate de una pérdida auditiva unilateral o bilateral. En todo caso, es el criterio del facultativo el que debe determinar el tratamiento en función del tipo y grado de pérdida auditiva del paciente. Es así como sucede en el resto de las prótesis externas contenidas en la Cartera, respecto de las que no se incluye ninguna indicación clínica, pues ésta queda en manos del facultativo especialista y prescriptor.

● Problemáticas relacionadas con los implantes auditivos

Otra cuestión de relevancia para la infancia y adolescencia usuaria de implantes auditivos, una vez implantados, es la obligatoriedad de utilizar componentes externos de la misma casa comercial que la parte interna que se les ha implantado.

Por un lado, es indispensable exigir a las casas comerciales de implantes auditivos que los productos que incluyan en la oferta sean productos de última generación y no se trate de modelos antiguos superados por modelos posteriores e, incluso, cercanos a ser objeto de obsolescencia.

No obstante, la vida media de un procesador de implante es de 7 años, periodo que puede alargarse a criterio del facultativo prescriptor. Sin embargo, si en ese tiempo se comercializan nuevos productos (lo cual no es infrecuente dado el progreso tecnológico), la casa comercial puede notificar la baja del procesador y del resto de los componentes externos de la Oferta. En este caso, el usuario debe hacer frente al coste de cualquier componente externo que tenga que adquirir.

⁸¹ Núñez, F. et al. (2024). *Sorderas postnatales. Sordera infantil progresiva, de desarrollo tardío o adquirida: recomendaciones CO-DEPEH 2023. Especial FIAPAS (181).*



- Cuestión importante que también debe considerarse es que una casa comercial deje de fabricar (o de comercializar en España) sus productos. En estos casos, los usuarios no pueden encontrar recambios y componentes externos para su implante, viéndose abocados a una reimplantación.
- Por otro lado, familias y usuarios reportan el elevado coste al que deben hacer frente en el caso de averías y/o roturas de procesadores y del resto de componentes externos del implante, lo que sucede con frecuencia. Una vez superado el periodo de garantía, son muchos los años de vida útil que quedan antes de una renovación y surgen averías no imputables al mal uso. Según informan los usuarios y las familias, los importes actuales de reparación de un procesador oscilan entre 800-1.000 euros.

Por todo ello, es preciso que **se asegure la dispensación y/o reparación por parte de la casa comercial de los componentes externos** que se requieran para el funcionamiento del implante con las máximas garantías para la salud del usuario y el óptimo rendimiento de la parte implantada, sin que suponga un coste para la persona con sordera y su familia.

¿Cómo afecta a la infancia los problemas de acceso a la Salud auditiva?

La sordera postnatal debe considerarse no solo un importante problema de salud, que ha de ser evaluado y tratado, sino **también una seria preocupación de índole educativa**⁸², por las implicaciones que tiene, si no es diagnosticada y tratada a tiempo, sobre la conducta, la participación y la interacción social en estas edades infantiles y adolescentes, además de provocar retrasos y alteraciones en el desarrollo del habla y del lenguaje oral y en el acceso al aprendizaje.

Por su parte, hoy en día sabemos que la sordera unilateral afecta a uno solo de los oídos y la sordera asimétrica afecta a ambos, aunque con una diferencia significativa entre uno y otro oído. La mayoría de estas sorderas suelen desarrollarse antes de los 10 años de edad y el 50 % de los casos se deben a causas genéticas, presentándose en un tercio de las niñas y niños con sordera.

Aunque se ha minimizado el impacto de estas sorderas sobre el desarrollo y los aprendizajes del niño, si no son tratadas provocan secuelas sobre el desarrollo del habla y del lenguaje, así como en el desarrollo global, afectando la calidad de vida del niño y de su familia⁸³.

Propuestas para la salud auditiva

- Abordar la prestación de las prótesis auditivas en términos de universalidad. Sin discriminaciones por razón del tipo de pérdida de audición (sorderas unilaterales)
- Aprobar protocolos eficaces para la detección precoz y el tratamiento temprano de la sordera a lo largo de la infancia, más allá del momento del nacimiento.
- Incorporar de valoraciones auditivas durante las revisiones de salud pediátricas, en el momento de la escolarización y a lo largo de las distintas etapas educativas, así como ante cualquier signo de alerta y/o sospecha observada por la familia o los cuidadores.

⁸² Núñez, F. et al. (2024). Sorderas postnatales. Sordera infantil progresiva, de desarrollo tardío o adquirida: recomendaciones CODEPEH 2023. Especial FIAPAS (181).

⁸³ Diagnóstico y tratamiento de la hipoacusia unilateral o asimétrica en la infancia: recomendaciones CODEPEH 2017". Revista FIAPAS, octubre-diciembre 2017, nº163, Especial (2ª ed.). Madrid, FIAPAS 2018.

- Mejorar la toma de conciencia y la formación de los profesionales sanitarios y educativos para la correcta identificación de los signos de alerta de sordera, su derivación y tratamiento.
- Implementar medidas de información y sensibilización social que guíe a familias y cuidadores ante la sospecha de la presencia de una pérdida de audición.
- Incorporar el cribado auditivo postnatal en la cartera de servicios de Salud Pública.

3.2.6 La Atención Temprana en España

La Atención Temprana supone “el conjunto de actuaciones preventivas y de promoción del desarrollo holístico infantil dirigidas a la población menor de seis años, su familia y sus entornos, que garantizan una respuesta ágil, integral y coordinada por equipos de profesionales, preferentemente en los sistemas de salud, servicios sociales y educación, ante factores de riesgo o alteraciones, posibles o detectadas, para el desarrollo del niño o la niña”⁸⁴. Es reconocida como un **derecho universal, público y gratuito**, regulado por leyes nacionales y autonómicas.

En la literatura y estudios sobre la Atención Temprana se ha señalado que **las intervenciones dirigidas a mejorar el desarrollo de las niñas y niños**, especialmente en aquellos grupos de infancia que presentan mayor vulnerabilidad o riesgo de sufrir alteraciones en su desarrollo **tienen un claro impacto de mejora, al realizarse entre 0-6 años, momento de mayor neuro plasticidad cerebral**.

Para comprender el cómo funciona la Atención Temprana en España hay que tener en cuenta que:

- **La Atención Temprana en España está regulada principalmente a nivel autonómico, con normativas que abarcan sanidad, educación y servicios sociales.** La legislación busca garantizar la inclusión y el apoyo a niñas y niños a través de la [Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia](#)⁸⁵ garantiza el derecho a la Atención Temprana hasta los seis años en todo el territorio español.
- Además, **la regulación de la Atención Temprana se encuentra relacionada con ciertas legislaciones sobre discapacidad y dependencia**, como la [Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación \(LOMLOE\)](#), la [Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia](#)⁸⁶ y el [Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley General de Derechos de las Personas con Discapacidad y de su inclusión social](#)⁸⁷. Sin embargo, es importante mencionar que la Atención Temprana no se refiere únicamente a la infancia con discapacidad.

⁸⁴ Gobierno de España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2023, 10 de julio). Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre el modelo de Atención Temprana. Boletín Oficial del Estado, 163, 89013-89026. <https://www.boe.es/boe/dias/2023/07/10/pdfs/BOE-A-2023-16057.pdf>

⁸⁵ Gobierno de España. (2021). Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Boletín Oficial del Estado, núm. 134, de 5 de junio de 2021, páginas 71399 a 71449. <https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/05/pdfs/BOE-A-2021-9347.pdf>

⁸⁶ Congreso de los Diputados. (2006). Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

⁸⁷ Congreso de los Diputados. (2013). Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social. Boletín Oficial del Estado, núm. 290, de 6 de diciembre de 2013. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2013-12632BOE+4BOE+4BOE+4> Se entiende por atención integral los procesos o cualquier otra medida de intervención dirigidos a que las personas con discapacidad adquieran su máximo nivel de desarrollo y autonomía personal, y a lograr y mantener su máxima independencia, capacidad física, mental y social, y su inclusión y participación plena en todos los aspectos de la vida, así como la obtención de un empleo adecuado [...] Estos programas deberán comenzar en la etapa más temprana posible y basarse en una evaluación multidisciplinar de las necesidades y capacidades de la persona con discapacidad, así como de las oportunidades del entorno, considerando las adaptaciones o adecuaciones oportunas y los apoyos a la toma de decisiones y a la promoción de la autonomía personal”.



Dentro del marco del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, el componente dedicado al refuerzo de las capacidades del Sistema Nacional de Salud incluye la **ampliación de la cartera común de servicios en ámbitos relevantes para la infancia**, como la Atención Temprana (C18, R3) y dentro de ese marco se ha trabajado en dos Acuerdos del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

También cabe señalar el [Plan de Acción para la implementación de la Garantía Infantil](#), que en su objetivo 2.2 propone le garantizar el acceso universal, gratuito y rápido (plazo máximo de 45 días) a la atención temprana a todas las niñas y niños menores de 6 años, independientemente de la comunidad autónoma en la que se encuentren. Para ello, una de las metas que se proponen es la de realizar un Acuerdo entre la Administración General del Estado y las comunidades autónomas sobre qué servicios comunes debe prestar el sistema de atención temprana en todo el estado y la calidad de los mismos.

En el año 2023 se publica [la Resolución de 28 de junio de 2023, de la Secretaría de Estado de Derechos Sociales, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, por el que se establece la hoja de ruta para la mejora de la Atención Temprana en España sobre un marco común de universalidad, responsabilidad pública, equidad, gratuidad y calidad](#).⁸⁸

Los **servicios comunes** establecidos en el marco de la Atención Temprana en España en este texto son los siguientes:

1. **Prevención primaria:** Dirigida a toda la población infantil menor de 6 años, sus familias, profesionales de sanidad, educación y servicios sociales, y la sociedad en general.
2. **Prevención secundaria:** Enfocada en
 - Niñas y niños con signos de alarma en su desarrollo.
 - Niñas y niños con demora o dificultad en el desarrollo según su edad y condición madurativa.
 - Niñas y niños en situaciones de exclusión social, estrés o desajuste familiar que puedan afectar su desarrollo.
 - Niñas y niños que necesitan apoyos específicos en la crianza o están en situación de vulnerabilidad.
 - Niñas y niños en situación de desamparo bajo guarda y custodia de la Administración Pública o en acogimiento familiar.
3. **Prevención terciaria:** Dirigida a niñas y niños que presentan alteraciones en el desarrollo.
4. **Actuaciones en el entorno:** Intervenciones en la comunidad, barrio, espacios de juego y escuela, dirigidas a mejorar la calidad de vida del niño, su familia y la sociedad en general.
5. **Equipos de Atención Temprana:** Servicios comunitarios multidisciplinares que trabajan en tres niveles:
 - Individual: Apoyo al desarrollo y autonomía del niño.
 - Familiar: Refuerzo de competencias familiares para acompañar al niño.
 - Social y comunitario: Fomento de un entorno inclusivo y accesible.

⁸⁸ <https://www.boe.es/boe/dias/2023/07/10/pdfs/BOE-A-2023-16057.pdf>

Dentro del Sistema Nacional de Salud se contempla que la Atención Temprana incluya:

- **Fisioterapia pediátrica**
- **Logopedia**
- **Estimulación temprana**
- **Terapia ocupacional**

Estos servicios buscan garantizar una **atención integral, accesible y coordinada para las niñas y niños menores de 6 años, sus familias y su entorno**.

[El Consejo Estatal para la Mejora de la Atención Temprana](#) aprobado el 31 de enero de 2025⁸⁹ establece una **hoja de ruta con objetivos, medidas y estándares de calidad para garantizar la Atención Temprana en España**. Para poder cumplimentar este Acuerdo y conseguir el mayor nivel de ejecución del mismo y cumplimiento de los 35 indicadores se realizará una dotación total de casi 42 millones de euros (41.874.524,17 euros) que el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 repartirá entre los gobiernos autonómicos con cargo al Fondo Social Europeo Plus (FSE+).

Es importante señalar que en la línea 6 de medidas de este Consejo se incluyen líneas para facilitar el acceso y derivación a los centros y equipos de la Atención temprana a las infancias consideradas como vulnerables:

- Niñas y niños de menores de 6 años de familias en las cuales se identifican situaciones de violencia, maltrato, abuso o negligencia, con la valoración e indicación de los y las profesionales implicadas.
- Niñas y niños de menores de 6 años que todavía se encuentran en situaciones de acogimiento familiar o residencial, cuando así lo demanden los y las profesionales implicadas.
- Niñas y niños de menores de 6 años que conviven de forma continuada con situaciones de exclusión social, estrés o desajuste sostenido de la interacción familiar y funciones parentales, identificadas por los recursos profesionales y que presentan o tienen alta probabilidad de derivar en un trastorno o retraso evolutivo de no mediar intervención.

Principales carencias

La Atención Temprana no forma parte de la cartera básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud, que tan sólo recoge la normativa y los estándares. Son las comunidades autónomas las que tienen delegadas todas las competencias. Esto hace que existan muchas diferencias en la cobertura de la Atención Temprana en España.

⁸⁹ Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2025, 25 de febrero). *Resolución por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial sobre los criterios para la financiación de servicios de Atención Temprana*. Boletín Oficial del Estado, 48, 25636–25639. <https://www.boe.es/boe/dias/2025/02/25/pdfs/BOE-A-2025-3770.pdf>



Entre las principales diferencias entre las comunidades autónomas están:

- **Cobertura y población atendida:** En 2023, se atendió al 5,22 % de la población infantil de 0 a 6 años, lejos del objetivo del 10 %. Cataluña lidera con una cobertura del 11.48 %, mientras otras regiones presentan cifras más bajas.⁹⁰
- **Centros y profesionales:** En 2021, había 6.662 profesionales y 776 Centros de desarrollo de Atención Temprana en España⁹¹. En 2023, el número de profesionales aumentó a 8,036 y los centros a 814⁹². Sin embargo, existen disparidades en la distribución y sectorización de los Centros.
- **Demoras en la atención.** En el año 2021 comunidades como Andalucía, Cataluña y Murcia tenían listas de espera con demoras medias de entre 40 y 78 días, mientras que Castilla-La Mancha y Navarra no tenían listas de espera. En 2023, Andalucía tuvo una demora media de 117,35 días, Cataluña de 39,86 días y Canarias de 2 a 9 meses según la isla⁹³.
- Se detectaban **diferencias en las edades de atención**, con los claros ejemplos del Principado de Asturias que sólo atendía menores entre 0 y 3 años. Por su parte Cantabria atiende a menores entre 0 y 42 meses si no están escolarizados. En el lado opuesto Comunidad de Madrid y Región de Murcia atendían a niñas y niños de 7 años en situaciones de excepcionalidad.⁹⁴

A pesar de esta variabilidad de la cobertura de la Atención Temprana en España, se han detectado diversas carencias comunes:

- La falta de personal especializado combinado con la falta de recursos hace que no se apliquen los apoyos adaptados a las necesidades reales de la infancia, con el seguimiento necesario que estos necesitan reajustándose a estas necesidades.
- La desactualización o falta de concreción en los diagnósticos de la infancia con problemas en su desarrollo da como resultado una clasificación errónea de los trastornos.
- Aunque la Atención Temprana pública incluye principalmente fisioterapia, logopedia, estimulación temprana y terapia ocupacional, existen limitaciones en la cantidad de plazas, cobertura y calidad de los apoyos. Muchas niñas y niños que la necesitan no reciben atención pública y las familias deben financiar tratamientos privados⁹⁵.

⁹⁰ Grupo de Atención Temprana (GAT). (2024). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2023*. <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2024/07/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonmica-2023.pdf> (página 19).

⁹¹ Grupo de Atención Temprana (GAT). (2024). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2023*. <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2024/07/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonmica-2023.pdf> (página 19).

⁹² Todas las comunidades autónomas, excepto Canarias y Cantabria, refieren un modelo de gestión mixto, existiendo servicios de Atención Temprana (con la denominación correspondiente en cada comunidad autónoma) de gestión pública y de gestión privada a través de Licitación, Concertado Social o de Contrato de Gestión de Servicio Público, en el caso de Aragón. En el caso de Illes Balears, la gestión es concertada. En el caso de Canarias, la gestión es pública.

⁹³ Grupo de Atención Temprana (GAT). (2023). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2021-2022*. <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2023/11/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonmica-2021-2022.pdf> (página 116).

⁹⁴ Grupo de Atención Temprana (GAT). (2024). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2023*. <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2024/07/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonmica-2023.pdf> (página 122).

⁹⁵ Real Patronato de Discapacidad y el Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030 (2024) Estudio sobre el funcionamiento y mejora de los estándares de calidad en los servicios de atención temprana en España.

- **Intensidad asistencial:** Se realizaron casi 3.7 millones de sesiones en 2023, pero la media de 2.37 sesiones mensuales por niño o niña está lejos del estándar de 1,2 horas semanales que consideraban los profesionales como mínimo necesario para un correcto trabajo con la infancia en Atención Temprana⁹⁶.
- No existen estadísticas oficiales a nivel estatal actualizadas que incluyan indicadores objetivos y desagregados sobre la situación de la Atención temprana en España, especialmente en lo referente al grado de cobertura, tiempos de demora en el acceso al servicio, etc. Esta ausencia de estadísticas también tiene reflejo en una atención desigual en cada una de las comunidades autónomas.
- Los plazos y trámites administrativos para acceder a los servicios de Atención Temprana son arduos y se demoran mucho en el tiempo, debido a la falta de recursos. La detección de necesidades especiales y el plazo de la disposición de los apoyos se debe producir en el menor plazo de tiempo posible.

¿Cómo afecta a la infancia las dificultades de acceso a la Atención Temprana?

La Atención Temprana es un área fundamental para el desarrollo de la infancia, por lo que la falta de acceso a este servicio puede tener importantes consecuencias:

La **falta de Atención Temprana** en la infancia puede generar **problemas significativos en el desarrollo motor**. Sin intervención, las niñas y niños pueden enfrentar dificultades a largo plazo en la movilidad, limitando su capacidad para explorar el entorno y participar en actividades físicas. Además, pueden presentar alteraciones en la motricidad fina, lo que dificulta tareas cotidianas como escribir, dibujar o comer de manera independiente, colocándolos en desventaja en su desarrollo general.

Las dificultades de acceso a la Atención Temprana también impactan en el **desarrollo emocional y social**. Las niñas y niños pueden experimentar aislamiento social y carecer de habilidades necesarias para la interacción, lo que incrementa la frustración, ansiedad y riesgo de depresión. Esto a su vez dificulta su inclusión en entornos escolares regulares, impidiendo el acceso a una educación inclusiva y de calidad.

En el ámbito educativo, las niñas y niños sin intervención temprana pueden enfrentar **dificultades de adaptación**, bajo rendimiento académico y, en algunos casos, la necesidad de ser trasladados a centros especializados. La falta de adaptación al entorno escolar puede disminuir la motivación y la autoestima, generando vulnerabilidad frente a sus compañeros y limitando oportunidades de aprendizaje.

El impacto de la falta de Atención Temprana se extiende a la **familia**, especialmente a los padres y cuidadores, quienes pueden experimentar **mayor estrés y ansiedad** al no contar con apoyo profesional ni recursos adecuados. Esto afecta el bienestar emocional de la familia y dificulta la capacidad de proporcionar un entorno de apoyo efectivo para el desarrollo del niño.

Muchas de estas problemáticas se agravan para la infancia en situación de vulnerabilidad, que presentan un acceso más limitado a servicios educativos, sanitarios y de estimulación temprana. Estos déficits pueden tener consecuencias de salud que pueden cronificarse y perpetuarse en la vida adulta.

⁹⁶ Grupo de Atención Temprana (GAT). (2024). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2023*. <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2024/07/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonmica-2023.pdf> (página 122).



Propuestas Atención Temprana

- Aumentar la ratio de profesionales especializados
- Homogeneizar y ampliar la cartera de servicios, centros y servicios entre las comunidades autónomas
- Identificar las necesidades específicas de las comunidades autónomas y crear una hoja de ruta para asegurar la homogeneización y calidad del sistema
- Crear a nivel estatal un mejor sistema de coordinación de las especialidades pediátricas
- Reducir los tiempos de espera de las niñas y niños y mejorar la calidad de los procesos y de los apoyos
- Definir estrategias públicas para la promoción de la Atención Temprana, de manera que se garantice el acceso desde el embarazo a la crianza
- Avanzar para protocolos que garanticen la participación de las familias y que los procesos sean globales, integrados y multidisciplinares
- Crear un registro estatal de las familias que solicitan servicios de atención temprana (incluyendo datos por edad, sexo, comunidad autónoma, tiempos de espera, resolución y seguimiento).
- Asegurar que la atención temprana incluye entre sus destinatarios a las niñas y niños que presentan factores de riesgo social, garantizando la cobertura a las niñas y niños en situación de vulnerabilidad social.
- Garantizar la coordinación interinstitucional, especialmente entre el sistema de salud y atención temprana y los centros educativos que atienden a la infancia de 0 a 6 años. En este marco, llevar a cabo acciones preventivas y para la detección de dificultades del desarrollo de las niñas y niños en centros educativos.
- Acabar con las largas listas de espera y establecer un máximo de días entre el diagnóstico y la adjudicación de apoyos, simplificando al máximo los procedimientos de acceso y dando los apoyos necesarios durante este proceso a las niñas y niños y a sus familias.
- Incluir a las entidades de infancia y familias en las redes de apoyo e itinerarios de derivación de servicios especializados de atención, que se establezcan desde las administraciones públicas.
- Fomentar el apoyo emocional y de todo tipo que se ofrece desde el movimiento asociativo de familias, incluyendo el apoyo mutuo interfamiliar, resulta esencial para la inclusión de la infancia y su desarrollo pleno.

3.2.7 Fisioterapia

Según la propia Sociedad Española de Fisioterapia en Pediatría la fisioterapia pediátrica es una especialidad dedicada a proporcionar cuidados, tratamientos y orientación a bebés y niñas y niños que presentan retrasos en su desarrollo, alteraciones en el movimiento (ya sean congénitas o adquiridas), o que están en riesgo de padecer tales problemas⁹⁷.

En el **Sistema Nacional de Salud de España**, la **fisioterapia infantil** se encuentra dentro de la **cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud**. Aparece en el Anexo II.5 y en el Anexo II.8 de manera general la pediatría como prestación de la cartera común⁹⁸.

La fisioterapia pediátrica dentro del sistema sanitario puede encontrarse tanto en **Atención Primaria** (en los centros de salud) como en **atención especializada** (hospitales o unidades especializadas, como las de rehabilitación pediátrica) y en los **centros de Desarrollo y Atención Temprana**. Sin embargo, el acceso y disponibilidad de los tratamientos dependen de las comunidades autónomas.

Fuera del Sistema Nacional de Salud se pueden encontrar en centros y clínicas privadas y algunas asociaciones especializadas que ofrecen el servicio de fisioterapia. e hecho, se observa un crecimiento acelerado de esta especialidad fuera del sistema público.

ÁMBITO	PRESTACIONES CUBIERTAS	LIMITACIONES O EXCLUSIONES
Sistema Nacional de Salud Hospitales públicos (rehabilitación pediátrica)	Fisioterapia para trastornos neurológicos, musculoesqueléticos, respiratorios, post-quirúrgicos	Solo disponible en hospitales grandes o de referencia
Sistema Nacional de Salud Atención Primaria		Prácticamente inexistente: no hay plazas ni dotación de fisioterapeutas pediátricos, solo fisioterapia general, alrededor de 1 por cada 6 fisioterapeutas generales por cada centro de Atención Primaria.
Atención Temprana (0–6 años)	Fisioterapia incluida en servicios de intervención temprana multidisciplinar	Cobertura desigual según comunidad autónoma; listas de espera; intensidad no garantizada, el nuevo acuerdo en materia trata de cambiar esta situación de partida.
Sistema educativo (alumnado con NEE)	Fisioterapia para alumnado con discapacidad motora en centros de educación especial o con recursos específicos	No forma parte del Sistema Nacional de Salud; desigualdad implementación de la figura pediátrico en la escuela pública que no es centro de educación especial.

Principales carencias

En general, **la infancia tiene derecho a recibir fisioterapia pediátrica en el Sistema Nacional de Salud cuando se prescriba por el personal facultativo**. Sin embargo, **el acceso puede estar condicionado a**

⁹⁷ <https://www.sefip.org/fisioterapia-pediatrica/>

⁹⁸ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. (2009). Cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y procedimiento para su actualización. Centro de Publicaciones. Recuperado de <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/publicaciones/docs/carteraServicios.pdf> La rehabilitación básica comprende las actividades de educación, prevención y rehabilitación que son susceptibles de realizarse en el ámbito de Atención Primaria, en régimen ambulatorio, previa indicación médica y de acuerdo con los programas de cada servicio de salud, incluyendo la asistencia domiciliar si se considera necesaria por circunstancias clínicas o por limitaciones en la accesibilidad. Incluye:

5.1. Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos.

5.2. Tratamientos fisioterapéuticos para el control de síntomas y mejora funcional en procesos crónicos musculoesqueléticos.

5.3. Recuperación de procesos agudos musculoesqueléticos leves.

5.4. Tratamientos fisioterapéuticos en trastornos neurológicos.

5.5. Fisioterapia respiratoria.

5.6. Orientación/formación sanitaria al paciente o cuidador/a, en su caso."

Se incluye la rehabilitación de las afecciones del sistema musculoesquelético, del sistema nervioso, del sistema cardiovascular y del sistema respiratorio, a través de fisioterapia, terapia ocupacional, logopedia que tenga relación directa con un proceso patológico que esté siendo tratado en el Sistema Nacional de Salud y métodos técnicos (ortoprótesis, reguladas en el anexo VI de cartera de servicios comunes de prestación ortoprotésica).



ciertos criterios médicos, dependiendo del diagnóstico y la evaluación clínica y dichos criterios **pueden variar ligeramente según comunidad autónoma**.

En 2023 en España existían un total de 68.838 fisioterapeutas colegiados. Dentro del Sistema Nacional de Salud trabajaban 2.273 ⁹⁹, por lo que se considera que el volumen de profesionales por habitante es insuficiente. Existe un fisioterapeuta (general, no necesariamente pediátrico) por cada 6 centros de Atención Primaria¹⁰⁰.

Desgraciadamente no contamos información sobre los tiempos de espera por comunidad autónoma ya que pueden variar dependiendo de la demanda de los servicios y de la disponibilidad de profesionales en fisioterapia pediátrica.

En algunos casos, ciertos tratamientos o intervenciones especializadas pueden no estar disponibles en todos los centros, como por ejemplo la terapia neurológica o respiratoria, por lo que los pacientes infantiles pueden necesitar derivación a centros específicos o privadas.

¿Cómo afecta a la infancia las dificultades de acceso a la especialidad en fisioterapia?

La falta de profesionales en fisioterapia puede tener importantes consecuencias sobre la salud de la infancia. En primer lugar, sin acceso a fisioterapia, las niñas, niños y adolescentes pueden experimentar retrasos en habilidades motoras básicas, o puede que la falta de sesiones contribuya a una curación incorrecta de sus dolencias.

Además, muchas niñas, niños y adolescentes nacen con condiciones que requieren atención fisioterapéutica continua, como la parálisis cerebral o deformidades ortopédicas. La falta de tratamiento adecuado puede resultar en un deterioro de su condición y en la aparición de complicaciones a largo plazo.

En estos casos las familias pueden verse abocadas a buscar fisioterapeutas en el ámbito privado, lo que supone un costo económico que no todos los hogares pueden permitirse.

Por último, es crucial señalar que los efectos adversos de la falta de atención fisioterapéutica en la infancia pueden perdurar hasta la edad adulta, manifestándose en mayores necesidades de atención médica y un aumento en los costos de salud a lo largo de la vida.

⁹⁹ Ministerio de Sanidad. (2024). *Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2023*. Recuperado de https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSistema Nacional de Salud/tablasEstadisticas/InfAnualSistema Nacional de Salud2023/INFORME_ANUAL_2023.pdf (página 22).

¹⁰⁰ Consejo Económico y Social. (2024). *El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro*. <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf/06345f02-7d44-fa49-a78f-0db0619e0b88> (página 271).

Propuestas en fisioterapia

- Reconocer la **fisioterapia pediátrica como servicio esencial dentro del sistema Nacional de Salud**.
- Crear **programas de cribado y seguimiento** desde la Atención Primaria:
 - Evaluación motora y postural.
 - Detección temprana de retrasos en el desarrollo motor.
 - Prevención de deformidades o problemas musculoesqueléticos en edad escolar.
- Facilitar la **derivación directa desde pediatría** sin necesidad de derivaciones hospitalarias complejas.
- Incorporar fisioterapeutas en **equipos de salud infantil multidisciplinares**:
 - Rehabilitación infantil (neuromuscular, ortopédica).
 - Atención a enfermedades crónicas: parálisis cerebral, distrofias, problemas respiratorios.
 - Programas escolares y deportivos.

3.2.8 Podología infantil

La podología infantil no está incluida en la Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud.

El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, establece las prestaciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, y la podología infantil no aparece como tal.

Se ha solicitado la inclusión de la podología en los centros de salud para atender a pacientes con diversas patologías del pie y tobillo, como lesiones deportivas y, especialmente, el pie diabético, que puede llevar a complicaciones graves si no se trata adecuadamente pero actualmente no se ha llegado aún a la integración solicitada.

El 17 marzo de 2021 se aprobó una Proposición No de Ley del [Grupo Plural para el gobierno fuera instado a incluir la Podología en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud](#) se solicitaba que el Ministerio de Sanidad elaborará los informes preceptivos y la decisión final fuera tomada en el marco del Consejo Interterritorial de Salud. A pesar del tiempo transcurrido desde la aprobación de esta Proposición No de Ley no se han encontrado informes preceptivos para la inclusión de esta especialidad en Atención Primaria, ni un avance general de carácter nacional.

Las comunidades autónomas cubren ciertas especialidades podológicas, entre los que destacan Cantabria¹⁰¹, que contaba desde el 2017 con este servicio en la Atención Primaria y hospitalaria, Andalucía, que el 2024 anunció que incorpora podólogos en su Sistema Sanitario Público¹⁰² y Castilla La-Mancha, que lo ha incorporado este año¹⁰³. Otras comunidades que cuentan con podólogo en su red asistencial serían Madrid, Baleares y Valencia. El nivel pues de integración en los territorios es desigual a falta del trabajo del Consejo Interterritorial de Salud de instaurar la podología en el Sistema Nacional.

¹⁰¹ [Cantabria, la única comunidad que ha implantado la podología en la sanidad pública](#)

¹⁰² Junta de Andalucía, 2024. *Orden de 17 de octubre de 2024, por la que se crea la categoría de Podólogo/a en los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud*. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía, núm. 207, 31. [online] Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/boja/2024/207/31>

¹⁰³ [29. docm decreto 27-2025 categorias sescam .pdf](#)



España cuenta con un total de 10.247 podólogos colegiados¹⁰⁴. En lo referente a los precios varían entre los 30 euros de una revisión y los 400 euros para casos más complejos¹⁰⁵.

Actualmente sólo algunos tratamientos relacionados con la podología son cubiertos por el Sistema Nacional de Salud, pero a través de distintas especialidades como medicina interna, traumatología o en casos más graves, cirugía ortopédica

CONDICIÓN/SERVICIO	COBERTURA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD	DETALLES
PIE PLANO	Cobertura	Tratamiento podológico cubierto cuando se considera una patología que afecta el desarrollo del niño.
PIE CAVO	Cobertura	Similar al pie plano, si interfiere en el desarrollo o provoca dolor, puede ser cubierto.
PIE DIABÉTICO	Cobertura	Cubierto para niñas y niños diagnosticados con diabetes, para prevenir úlceras y otras complicaciones.
DEFORMIDADES CONGÉNITAS DEL PIE (P. E.J., PIE ZAMBO)	Cobertura	Tratamiento cubierto en función de la gravedad y la necesidad médica.
ENFERMEDADES MUSCULOESQUELÉTICAS (PARÁLISIS CEREBRAL, ARTRITIS JUVENIL, ETC.)	Cobertura	Podología cubierta dentro de un plan de tratamiento integral para estas afecciones.
TRASTORNOS POSTURALES	Cobertura limitada o preventiva	Podría ser cubierta en programas de salud pública o revisión escolar.
REVISIÓN PODOLÓGICA PREVENTIVA	No cubierta	Las consultas preventivas o rutinarias no están cubiertas por el Sistema Nacional de Salud.
PLANTILLAS ORTOPÉDICAS	Cobertura bajo prescripción médica	Cubierto en casos de malformaciones como pie plano o cavo, si es necesario para el tratamiento.

Principales carencias

La **podología no forma parte de la cartera básica de servicios** de la sanidad pública, lo que significa que **no se garantiza atención podológica gratuita para la infancia** en todo el país. Solo se atienden problemas muy concretos (ej. pie diabético) y, en general, en la edad adulta. **La falta de especialistas supone una serie de problemáticas:**

- **Retrasos en el diagnóstico de problemas podológicos:** Al no existir la podología infantil preventiva en el sistema público, muchas afecciones en los pies tardan en ser diagnosticadas, lo que puede hacer que las enfermedades se agraven.
- **Desarrollo de patologías más complejas:** Sin una detección y tratamiento temprano, problemas aparentemente sencillos pueden derivar en afecciones más graves que afectan el desarrollo motor del niño o la niña, a ello se une el dolor, la limitación de la movilidad, y alteraciones en la postura que pueden llevar a problemas en las articulaciones y la columna vertebral.

- **Aumento de los costes asistenciales** derivados de las patologías podológicas, lo que supondría un ahorro del 60 %¹⁰⁶La cobertura depende de cada comunidad autónoma, lo que genera importantes desigualdades en el acceso.

La falta de un sistema público de atención podológica infantil significa que muchas familias deben recurrir a la atención privada, lo que puede ser un desafío económico, especialmente para aquellas con menos recursos. El precio medio de profesional de la podología más habitual se sitúa entre los 30-150 euros según la intervención, también las plantillas ortopédicas tienen un coste adicional relevante.

A parte de ser una especialidad no incluida **no existe un sistema de prevención y seguimiento de las dolencias podológicas ni campañas de sensibilización** sobre la importancia de las afecciones podológicas.

¿Cómo afecta a la infancia las dificultades de acceso a la especialidad en podología?

Algunos de las consecuencias de la falta de integración de la atención podológica infantil en la cartera de servicios de Sistema Nacional de Salud son las siguientes:

- **Impacto en el bienestar físico y mental**
 - Dolor y malestar: El no tratamiento de las afecciones podológicas pueden causar dolor crónico en los pies, lo que afecta el bienestar general del niño, niña o adolescentes afectado. Ello conlleva generalmente un impacto negativo en su capacidad para participar en actividades físicas, como correr o jugar, con las consiguientes consecuencias en otras áreas.
 - Problemas en la marcha y postura: La falta de corrección de deformidades o disfunciones, puede provocar alteraciones en la manera de caminar postura y genera problemas a nivel de las rodillas, caderas y columna vertebral.
 - Los problemas de movilidad derivados de las patologías podológicas pueden causar aislamiento, frustración y problemas de autoestima
- **Limitación en el desarrollo de habilidades motoras**
 - Impacto en la motricidad gruesa: Los problemas podológicos no tratados pueden interferir en la motricidad gruesa, que es esencial en la infancia para el desarrollo general de habilidades motoras.

Propuestas en podología

- Incluir dentro del Sistema Nacional de Salud la especialidad de podología, asegurando una ratio adecuada de especialistas
- Gratuidad en plantillas y sistemas ortopédicos.
- Crear puestos de podólogo en centros de salud, especialmente en comunidades donde no hay cobertura.
- Integrar revisiones podológicas periódicas en los controles pediátricos de Atención Primaria.

¹⁰⁴ <https://www.ine.es/dyngs/Prensa/EPSC2023.htm>
¹⁰⁵ Para los precios se usa como referencia BOE-A-2022-21168 Resolución 420/38464/2022, de 9 de diciembre, de la Secretaría General Técnica, por la que se publica el Convenio entre el Instituto Social de las Fuerzas Armadas y el Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos, por el que se fijan las condiciones de colaboración.

¹⁰⁶ Consejo General de Colegios Oficiales de Podólogos. (2021). *Justificación de la podología en el Sistema Nacional de Salud*. Recuperado de https://cgcop.es/wp-content/uploads/2021/03/JUSTIFICACION_%CC_%81N-DE-LA-PODOLOGI_%CC_%81A-EN-EL-Sistema Nacional de Salud-Marzo-2021-1.pdf





04 | Resumen: Servicios pediátricos excluidos del Sistema Nacional de Salud

El Sistema Nacional de Salud en España establece y regula la cartera de servicios comunes de salud dirigidos a la infancia, garantizando la atención preventiva y asistencial básica para todas y todos. Esta regulación asegura el acceso a servicios esenciales para la salud, el desarrollo, crecimiento y derechos de las niñas, niños y adolescentes.

No obstante, el presente informe ha identificado algunas áreas, dentro de la atención pediátrica, que presentan carencias, no están cubiertas, o lo están de manera parcial. Desde la perspectiva de la salud como un derecho universal y accesible para toda la infancia, resulta imprescindible reforzar la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud especialmente en aquellas áreas donde se detectan carencias, dado que estas afectan de manera desproporcionada a las niñas y niños en situación de pobreza.

A nivel general, se han detectado las siguientes carencias dentro del Sistema Nacional de Salud:

- **Límites de edad en el acceso.** Las áreas de atención pediátrica dentro del Sistema Nacional de Salud se limitan a los 14 años, hasta los 18 en casos graves. En general en las especialidades pediátricas no se incluye a la adolescencia, un período clave en el desarrollo físico y emocional y crucial para la detección precoz de muchas enfermedades.
- **Falta de plazas cubiertas en determinadas especialidades pediátricas** como la pediatría y la enfermería pediátrica, la salud mental, o la fisioterapia, lo que repercute directamente en la calidad y continuidad asistencial.
- **Escaso énfasis en la prevención**, reflejado en la falta de revisiones obligatorias en ámbitos como la salud visual y odontológica. Esta ausencia de medidas preventivas **dificulta la detección temprana de patologías y aumenta el riesgo de que estas se agraven**, lo que se traduce en mayores costes a largo plazo para el Sistema Nacional de Salud.

La asistencia a la infancia ha de ser integral, interdisciplinar e intersectorial, sustentada en la legislación específica y en los protocolos establecidos oficialmente. No se trata únicamente de responder a los problemas detectados, sino de avanzar en la promoción del bienestar físico, mental y social de la infancia y adolescencia, con servicios y estructuras adaptadas a sus necesidades.

Si se analiza la cartera de servicios ofrecidas por el Sistema Nacional de Salud se han identificado determinadas especialidades que, o bien no están incluidas, o bien no cubren las necesidades de atención de la población infantil:

- **Salud bucodental:**

Existe una cartera de servicios mínimos para la infancia de entre 6 y 14 años. Deja fuera varios servicios como la ortodoncia y las prótesis.

España tiene el porcentaje de la Unión Europea más alta de necesidades de salud bucodentales no atendidas. Sólo un 3,4% de los odontólogos españoles trabajan en el Sistema Nacional de Salud

El 6,2 % de niñas y niños menores de 16 años no han podido ir al dentista a pesar de haberlo necesitado, un 4,7 % de ellos afirmaban no poder permitírselo¹⁰⁷.

La caries es el problema de salud más frecuente entre la infancia. Además, la prevalencia es superior entre la infancia en pobreza. Un cuarto de las niñas y niños entre 2 y 13 años nunca ha visitado al dentista, y el 7,1 % presenta necesidades no satisfechas, cifra que aumenta al 17,2 % en niñas y niños en situación de pobreza¹⁰⁸.

- **Salud nutricional:**

No existe la figura de “nutricionista pediátrico” a pesar de que España es el cuarto país de la Unión Europea con mayor prevalencia de obesidad infantil¹⁰⁹.

Aproximadamente un 30 % de la infancia tenía problemas con su peso en 2023¹¹⁰ y según la literatura, hay una correlación directa entre obesidad y pobreza infantil. El 46,7 % de la infancia que viven en hogares con ingresos inferiores a 18 mil euros sufren obesidad infantil. La cifra baja hasta el 29,2 % en la infancia que vive en hogares con ingresos superiores a 30mil¹¹¹.

- **Prestaciones oftalmológicas:**

Las gafas y lentillas están cubiertas hasta los 16 años a través del Plan Veo. Sin embargo, el Plan sólo cubre las gafas y lentillas hasta los 100 € cuando el precio de mercado ronda los 200 €.

En el 2023 el 8,4 % de la infancia estaría en situación de pobreza visual, es decir, viven en hogares que no pueden permitirse los equipamientos visuales.

- **Salud mental:**

A pesar de la actual importancia que se le da a la salud mental en la agenda política el actual Sistema Nacional de Salud enfrenta importantes dificultades en el presupuesto (se dedica un 5% del gasto sanitario a la salud mental, la media europea es del 5,5 %) ¹¹², falta de especialistas (España tiene una ratio de 10 psiquiatras infantiles por cada 100.000 habitantes de entre 0 y 14 años (12 puntos por debajo de la media europea) ¹¹³ acceso y seguimiento.

La infancia en situación de pobreza tiene más riesgo de padecer problemas de salud mental, a la vez que tienen más dificultades de acceso a los servicios públicos de atención.¹¹⁴

¹⁰⁷ ECV 2024

¹⁰⁸ Consejo Económico y Social. (2024) Derechos, calidad de vida y atención a la infancia recuperado en <https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf> (páginas 244 y 245).

¹⁰⁹ Informe 03-2024 sobre derechos, calidad de vida y atención a la infancia

¹¹⁰ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2021). *Estudio ENE-COVID y su asociación con los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil en España*. Ministerio de Consumo, Gobierno de España.

https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ENE_COVID_NINOS_FINAL.pdf (Página 17).

¹¹¹ Agencia Española de Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN). (2023). *Estudio ALADINO 2023: Estudio de Vigilancia del Crecimiento, Alimentación, Actividad Física, Desarrollo Infantil y Obesidad en España*. Ministerio de Consumo. https://www.aesan.gob.es/AECOSAN/docs/documentos/nutricion/ALADINO_AESAN.pdf (Página 50).

¹¹² Informe_Crecer_saludablemente_DIC_2021.pdf

¹¹³ https://sepsm.org/wp-content/uploads/2023/06/Libro-Blanco-de-la-Psiquiatria-en-Espana_SEPSM-ok.pdf

¹¹⁴ Informe_GARANTIA_INFANTIL_A_EXAMEN_DIC_22.pdf

- **Atención temprana:**

La Atención Temprana es reconocida como un derecho universal, público y gratuito. Sin embargo, no forma parte de la cartera básica de servicios del Sistema Nacional de Salud. Está regulada principalmente a nivel autonómico, con normativas que abarcan sanidad, educación y servicios sociales.

Esto supone que existan diferencias entre los territorios en la inclusión de la Atención Temprana. Por ejemplo, en 2023, se atendió al 5,22 % de la población infantil de 0 a 6 años, lejos del objetivo del 10 %. Cataluña lidera con una cobertura del 11,48 %, mientras otras regiones presentan cifras más bajas¹¹⁵.

- **Salud auditiva:**

No existen cribados auditivos neonatales y las prestaciones en audífonos dejan fuera a la pérdida auditiva unilateral. La sordera es un problema importante de salud ya que provoca problemas de interacción social y retrasa el desarrollo del lenguaje oral.

- **Fisioterapia:**

La fisioterapia infantil se encuentra dentro del Sistema Nacional de Salud. Sin embargo, existen problemas de acceso. Así, existe 1 fisioterapeuta (general) por cada 6 centros de Atención Primaria.

- **Podología:**

No existe la especialidad dentro del Sistema Nacional de Salud, por lo que su implantación depende de las comunidades autónomas. El sistema Nacional de Salud da cobertura a ciertas dolencias como el pie plano o diabético, pero sólo en casos graves y tratados por especialistas que no son podólogos.

Todas las deficiencias en el Sistema Nacional de Salud favorecen la atención privada, como en el caso de la odontología, la podología, la nutrición o la salud mental. Esto traslada a las familias, especialmente a aquellas en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica, un gasto adicional que en muchos casos no pueden asumir. Ello genera un círculo de exclusión que impacta directamente en el bienestar y desarrollo integral de las niñas y niños.



¹¹⁵ Grupo de Atención Temprana (GAT). (2024). La Atención Temprana en España: Información autonómica 2023. <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2024/07/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonmica-2023.pdf> (página 19).

05

Propuestas





05 | Propuestas

Propuestas de mejora de la atención pediátrica

- Aumentar las plazas del MIR y financiar a las comunidades autónomas las plazas acreditadas
- Ampliar las especialidades pediátricas hasta los 17 años, hasta los 18 en salud mental y hasta los 21 en los casos de Trastornos del Espectro Autista
- Unificar las prestaciones de enfermería pediátrica en Atención Primaria entre todas las comunidades autónomas.
- Incentivar de forma curricular o económica las plazas de difícil cobertura, como en las áreas rurales
- Garantizar la asistencia pediátrica a todas las niñas y niños sin excepción, independientemente de su situación administrativa o la de sus madres o padres o tutores legales, de acuerdo con la legislación vigente.
- Asegurar que esta atención es continuada y estable, con profesionales de referencia que puedan conocer el historial de las niñas y niños y sus familias a lo largo del tiempo.
- Incorporar de manera sistemática de los determinantes estructurales que afectan a la salud, como la pobreza, la vulnerabilidad, etc. en la historia clínica mediante herramientas como el modelo FACTORES¹¹⁶.
- Desarrollar protocolos interseccionales de actuación para garantizar la coordinación entre sanidad, educación, servicios sociales, etc. para la detección precoz de problemas relacionados con la violencia, salud mental, etc.
- Incorporar la observación del clima afectivo y relacional como parte de la valoración clínica pediátrica.
- Definir protocolos comunes y circuitos de derivación que eviten duplicidades, lagunas de atención o revictimización de niñas y niños y familias.
- Fomentar que las salas de maternidad, centros de salud y unidades neonatales españolas adopten prácticas que protejan, promuevan y apoyen el parto humanizado y la lactancia materna exclusiva desde el nacimiento.

¹¹⁶ Reconocer los determinantes estructurales como parte del trabajo pediátrico no significa medicalizar la pobreza, sino entender que los contextos sociales son determinantes de salud tanto como los factores biológicos. La Pediatría Social aporta marcos conceptuales y prácticos para integrarlos en la atención clínica y comunitaria

Propuestas de ampliación del programa de salud bucodental hasta los 18 años

- Ampliar el rango de edad del Plan de Salud Bucodental del Sistema Nacional de Salud hasta los 17 años (inclusive), con las prestaciones básicas cubiertas¹¹⁷ y estudio de ampliación progresiva de prestaciones¹¹⁸.
- Incluir tratamientos dentales más allá de los mínimos actuales como las ortodoncias
- Incorporar odontólogos especializados en pediatría en centros de salud públicos y hospitales de referencia.
- Crear consultas específicas de odontopediatría en las áreas de salud con mayor demanda.
- Favorecer la formación específica en salud bucodental infantil dentro del sistema MIR o como itinerario profesional reconocido.
- Iniciar revisiones dentales gratuitas desde el primer año de vida, no a partir de los 6 como es frecuente actualmente.
- Entregar kits de higiene dental gratuitos a familias con menores en riesgo de exclusión.
- Crear protocolos de derivación rápida desde pediatría a odontología en casos de caries, maloclusiones o alteraciones del desarrollo dental.
- Garantizar cobertura en zonas rurales o con escasa infraestructura dental pública mediante unidades móviles, clínicas itinerantes o convenios con centros locales.
- Priorizar el acceso gratuito a niñas y niños con discapacidad, enfermedades crónicas o en situación de vulnerabilidad social.

Propuestas para la salud nutricional en la infancia

- Incorporar oficialmente la figura del dietista-nutricionista pediátrico en el Sistema Nacional de Salud, especialmente en centros de Atención Primaria, hospitales pediátricos y unidades de salud escolar.
- Crear plazas públicas específicas para nutricionistas especializados en población infantil y adolescente.
- Asignar al menos un nutricionista por zona básica de salud pediátrica, trabajando en coordinación con pediatras y enfermería.
- Realizar valoraciones nutricionales periódicas desde edades tempranas (alimentación complementaria, infancia temprana, etapa escolar).

¹¹⁷ Revisión anual, Diagnóstico del riesgo de caries, Higiene dental, Selladores y fluorización

¹¹⁸ Endodoncias y extracciones complejas Ortodoncia interceptiva (cuando sea clínicamente necesaria) Atención prioritaria a adolescentes en el sistema de protección, discapacidad o situación de pobreza



- Fomentar la detección precoz de malnutrición, obesidad, trastornos alimentarios, anemia, déficit de micronutrientes, etc.
- Fomentar la atención especializada en niñas y niños con enfermedades crónicas (diabetes tipo 1, celiaquía, alergias alimentarias, trastornos de la conducta alimentaria, enfermedades metabólicas, etc.).
- Realizar un seguimiento nutricional de menores institucionalizados, con discapacidad o en riesgo de exclusión social.
- Fomentar el trabajo coordinado en equipos multidisciplinarios, con pediatras, psicólogos infantiles, logopedas, endocrinos pediátricos, trabajadores/as sociales y educadores/as sociales, etc.
- Crear de un registro nacional de indicadores nutricionales pediátricos: IMC por edad, prevalencia de malnutrición, trastornos de la conducta alimentaria, etc.
- Promover programas y actividades para que las familias conozcan las necesidades alimentarias y nutricionales de la infancia en sus diferentes etapas desde los centros de salud. Proporcionar a las familias la información básica necesaria para atender estas necesidades.

Propuestas oftalmología pediátrica

- Realizar revisiones sistemáticas desde los 6 meses de edad, siguiendo un protocolo nacional, con especial atención a factores de riesgo (prematuridad, antecedentes familiares, etc.).
- Establecer un programa nacional de cribado visual infantil, con revisiones a los 6 meses, 3 años y antes del inicio escolar.
- Impulsar la detección precoz de la ambliopía (“ojo vago”), estrabismo, miopía y otras alteraciones visuales.
- Fomentar la formación básica para pediatras y enfermería en la identificación de signos de alerta visual.
- Propiciar la derivación preferente y rápida a oftalmología pediátrica en casos sospechosos.
- Fomentar el uso de herramientas como autorefractómetros portátiles o test de agudeza visual adaptados a edad.
- Incorporar más oftalmólogos pediátricos en la red pública, especialmente en hospitales comarcales y regionales.
- Crear de unidades de oftalmología pediátrica específicas en los principales hospitales públicos.
- Potenciar la subespecialización mediante formación MIR y post-MIR en oftalmología pediátrica.

Propuesta política en salud visual Plan VEO

- Extender de la cobertura hasta los 18 años
- Evaluar y ajustar la cuantía a los precios reales del mercado óptico, los aportes económicos están por debajo del precio medio.
- Gratuidad de las gafas y lentillas para los menores de 18 años en situación de pobreza, con discapacidad o en situación de vulnerabilidad.
- Establecer revisiones visuales obligatorias en entornos escolares.

Propuestas de salud mental

- Asegurar el acceso universal a los servicios de salud mental a todas las niñas, niños y adolescentes que lo necesiten, con garantías de accesibilidad universal en todos los canales, contando con equipos interdisciplinarios (enfermería, psiquiatría, psicología, trabajo social y terapia ocupacional) y ampliando las problemáticas de salud mental que son atendidas o consideradas prioritarias en el Sistema Nacional de Salud.
- Desarrollar canales de detección precoz, detección y seguimiento de problemas de salud mental homogéneos, accesibles y basados en los factores de riesgos actuales.
- Reforzar los recursos humanos de profesionales dedicados a la salud mental de la infancia y crear programas de acompañamiento y asesoramiento para solicitar asistencia sanitaria de salud mental para niñas, niños y adolescentes.
- Mejorar la formación de los profesionales implicados en la atención a los problemas de salud mental infantil, tanto en materia de prevención como de intervención y desarrollar la especialidad de psicología infantil y particularmente en atención a los grupos en situación de mayor vulnerabilidad.
- Incorporar en el Plan de Prevención del Suicidio 2025-2027 la perspectiva de infancia que incluyan el diseño de protocolos adaptados a diferentes áreas (centros escolares, formación no formal, centros sanitarios, etc.).
- Garantizar la plena implementación de la Estrategia Nacional de Salud Mental y dotar de recursos suficientes que garanticen los servicios de prevención, detección precoz, promoción y atención desde una perspectiva de derechos de infancia.
- Prohibir los ingresos hospitalarios de salud mental de menores de 18 años en las unidades de agudos para adultos.
- Respetar la ley, y no ingresar a niñas, niños y adolescentes con problemas de salud mental en centros de protección de menores con carácter general.
- Crear un sistema de coordinación interministerial entre consejería
- Fomentar la creación de espacios seguros y de formación para familias en los centros de salud de Atención Primaria.



Propuestas para la salud auditiva

- Abordar la prestación de las prótesis auditivas en términos de universalidad. Sin discriminaciones por razón del tipo de pérdida de audición (sorderas unilaterales).
- Aprobar protocolos eficaces para la detección precoz y el tratamiento temprano de la sordera a lo largo de la infancia, más allá del momento del nacimiento.
- Incorporar de valoraciones auditivas durante las revisiones de salud pediátricas, en el momento de la escolarización y a lo largo de las distintas etapas educativas, así como ante cualquier signo de alerta y/o sospecha observada por la familia o los cuidadores.
- Mejorar la toma de conciencia y la formación de los profesionales sanitarios y educativos para la correcta identificación de los signos de alerta de sordera, su derivación y tratamiento.
- Implementar medidas de información y sensibilización social que guíe a familias y cuidadores ante la sospecha de la presencia de una pérdida de audición.
- Incorporar el cribado auditivo postnatal en la cartera de servicios de Salud Pública

Propuestas Atención Temprana

- Aumentar la ratio de profesionales
- Homogeneizar y ampliar la cartera de servicios, centros y servicios entre las comunidades autónomas
- Identificar las necesidades específicas de las comunidades autónomas y crear una hoja de ruta para asegurar la homogeneización y calidad del sistema
- Crear a nivel estatal un mejor sistema de coordinación de las especialidades pediátricas
- Reducir los tiempos de espera de las niñas y niños
- Definir estrategias públicas para la promoción de la Atención Temprana, de manera que se garantice el acceso desde el embarazo a la crianza
- Avanzar para protocolos que garanticen la participación de las familias y que los procesos sean globales, integrados y multidisciplinarios
- Asegurar que la atención temprana incluye entre sus destinatarios a las niñas y niños que presentan factores de riesgo social, garantizando la cobertura a las niñas y niños en situación de vulnerabilidad social
- Garantizar la coordinación interinstitucional, especialmente entre el sistema de salud y atención temprana y los centros educativos que atienden a la infancia de 0 a 6 años. En este marco, llevar a cabo acciones preventivas y para la detección de dificultades del desarrollo de las niñas y niños en centros educativos.

- Acabar con las largas listas de espera y establecer un máximo de días entre el diagnóstico y la adjudicación de apoyos, simplificando al máximo los procedimientos de acceso y dando los apoyos necesarios durante este proceso a las niñas y niños y a sus familias.
- Es fundamental incluir a las entidades de infancia y familias en las redes de apoyo e itinerarios de derivación de servicios especializados de atención, que se establezcan desde las administraciones públicas.
- Fomentar el apoyo emocional y de todo tipo que se ofrece desde el movimiento asociativo de familias, incluyendo el apoyo mutuo interfamiliar, resulta esencial para la inclusión de la infancia y su desarrollo pleno.

Propuestas en fisioterapia

- Reconocer la fisioterapia pediátrica como servicio esencial dentro del sistema Nacional de Salud.
- Crear programas de cribado y seguimiento desde la Atención Primaria:
 - Evaluación motora y postural.
 - Detección temprana de retrasos en el desarrollo motor.
 - Prevención de deformidades o problemas musculoesqueléticos en edad escolar.
- Facilitar la derivación directa desde pediatría sin necesidad de derivaciones hospitalarias complejas.
- Incorporar fisioterapeutas en equipos de salud infantil multidisciplinarios:
 - Rehabilitación infantil (neuromuscular, ortopédica).
 - Atención a enfermedades crónicas: parálisis cerebral, distrofias, problemas respiratorios.
 - Programas escolares y deportivos.

Propuestas en podología

- Incluir dentro del Sistema Nacional de Salud la especialidad de podología, asegurando un ratio adecuado de especialistas
- Gratuidad en plantillas y sistemas ortopédicos
- Crear puestos de podólogo en centros de salud, especialmente en comunidades donde no hay cobertura.
- Integrar revisiones podológicas periódicas en los controles pediátricos de Atención Primaria.

Referencias bibliográficas





Referencias bibliográficas

Asociación Española de Pediatría. (2022). *La Atención Temprana desde la perspectiva de la pediatría*.
<https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/07.pdf>

Asociación Visión y Vida. (2024). *Libro blanco de la visión en España*.
<https://visionyvida.org/>

Boletín Oficial del Estado. (1995). *Orden de 15 de enero de 1995 por la que se aprueba y publica el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud*.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1995-3554>

Bravo Pérez, M. et al. (2020). *Encuesta de salud oral en España 2020. Revista de la Cofederación Española de Sociedades Científicas Odontológicas*, 25(4).

Comité de los Derechos del Niño. (2013). *Observación General N.º 15 sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud* (artículo 24).
<https://www.refworld.org/es/leg/coment/crc/2013/es/96127>

Consejo de Europa. (1992). *Carta Europea de los Derechos del Niño* (Resolución 241).
<https://bienestaryproteccioninfantil.es/carta-europea-de-los-derechos-del-nino-doce-no-c-241-de-21-de-septiembre-de-1992/>

Consejo de la Unión Europea. (2021). *Recomendación del Consejo de 14 de junio de 2021 por la que se establece una Garantía Infantil Europea* (2021/1004).
https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/Recomendacion_UE_2021_1004.pdf

Consejo Económico y Social. (2024). *Derechos, calidad de vida y atención a la infancia*.
<https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf>

Consejo Económico y Social. (2024). *El sistema sanitario: situación actual y perspectivas para el futuro*.
<https://www.ces.es/documents/10180/5299170/Inf032024.pdf/f06345f02-7d44-fa49-a78f-0db0619e0b88>

Consejo General de Dentistas. (2023). *La demografía de los dentistas en España 2023: Informe técnico*. Consejo General de Colegios de Dentistas de España.
<https://consejodentistas.es/publicaciones/informes-tecnicos/>

Consejo General de Dentistas de España. (2023). *Libro Blanco 2023: Encuesta poblacional de la salud bucodental en la España postpandemia Covid-19*.
<https://consejodentistas.es/wp-content/uploads/2023/05/Libro-Blanco-2023.pdf>

Diaconía España. (2024). *Plan de infancia y adolescencia acompañada*.
<https://diaconia.es/plan-de-infancia-y-adolescencia-acompanada/>

DONTE Group. (2023). *Informe sobre salud bucodental y exclusión económica: Un coste social evitable*.
https://www.dontegroup.com/wp-content/uploads/2023/09/DONTE-GROUP_Informe-Salud-bucodental-y-exclusio-%CC%81n-eco-no-%CC%81mica.pdf

España. (1978). *Constitución Española* (Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978).
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1978-31229>

España. (1986). *Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad* (BOE núm. 102, de 29 de abril de 1986).
<https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2023). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2021–2022*.
<https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2023/11/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonomica-2021-2022.pdf>

Federación Española de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT). (2024). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2023*.
<https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2024/07/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonomica-2023.pdf>

Gasol Foundation. (2023). *Estudio PASOS 2022–2023*.
<https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8152&tipo=documento>

Gasol Foundation. (2023). *Nivel socioeconómico y estilos de vida de la población infantil y adolescente en España*.
<https://www.observatoriodelainfancia.es/oia/esp/descargar.aspx?id=8673&tipo=documento>

Generalitat de Catalunya. (2024). *Atención contra la obesidad infantil en los entornos más vulnerables*.
<https://web.gencat.cat/es/actualitat/detall/Atencio-contra-lobesitat-infantil-en-els-entorns-mes-vulnerables>

Gobierno de España. (2003). *Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud*.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2003-10715>

Gobierno de España. (2006). *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*.
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2006-17999>

Gobierno de España. (2006). *Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización*.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-16212>

Gobierno de España. (2020). *Ley Orgánica 3/2020, de 29 de diciembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 2/2006, de 3 de mayo, de Educación* (LOMLOE).
<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2020-17264>

Gobierno de España. (2021). *Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia*.
<https://www.boe.es/boe/dias/2021/06/05/pdfs/BOE-A-2021-9347.pdf>

Gobierno de España. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2023, 10 de julio). *Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre el modelo de Atención Temprana*. Boletín Oficial del Estado, 163, 89013-89026.
<https://www.boe.es/boe/dias/2023/07/10/pdfs/BOE-A-2023-16057.pdf>

Gobierno de España. (2022). *Plan Estratégico Nacional para la Reducción de la Obesidad Infantil (2022–2030)*.
<https://www.comisionadopobrezainfantil.gob.es/es/plan-estrategico-nacional-para-la-reduccion-de-la-obesidad-infantil>

Gobierno de España. (2025). *Real Decreto 315/2025, de 15 de abril, por el que se establecen normas de desarrollo de la Ley 17/2011, de 5 de julio, de seguridad alimentaria y nutrición, para el fomento de una alimentación saludable y sostenible en centros educativos*. Boletín Oficial del Estado, 92, 47971–47985.
<https://www.boe.es/boe/dias/2025/04/16/pdfs/BOE-A-2025-7659.pdf>

Grupo de Atención Temprana (GAT). (2022). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2021–2022*.
<https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2023/11/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonomica-2021-2022.pdf>

Grupo de Atención Temprana (GAT). (2024). *La Atención Temprana en España: Información autonómica 2023*.
<https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2024/07/La-Atencion-Temprana-en-Espana.-Informacion-Autonomica-2023.pdf>

Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (GAT) (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana. Real Patronato sobre Discapacidad*. Recuperado de <https://gat-atenciontemprana.org/wp-content/uploads/2019/05/LibroBlancoAtenci-%C2%A6nTemprana.pdf>

Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. (2025, 25 de febrero). *Resolución por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial sobre los criterios para la financiación de servicios de Atención Temprana*. Boletín Oficial del Estado, 48, 25636–25639.
<https://www.boe.es/boe/dias/2025/02/25/pdfs/BOE-A-2025-3770.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (2016). *Clasificación de bienes y servicios ECOICOP*.
https://ine.es/daco/daco42/daco4213/anexo_ecoicop.pdf

Llena Puy, C., Blanco González, J. M., Llamas Ortuño, M. E., Rodríguez Alonso, E., Sainz Ruiz, C., & Tarragó Gil, R. (2018). *La atención bucodental en comunidades autónomas con modelos público o mixto en España*. Revista de la Confederación Española de Sociedades Científicas Odontológicas, 23(1), 246–254.

López Oller, J., & Gracia, E. (2024). *Análisis de la Encuesta de Condiciones de Vida con enfoque de infancia 2024*. Plataforma de Infancia.

Martín Mateo García, A., Ezzamouri El Arif, F., Iraizoz Valido-Viegas, F., & Medina Campos, J. M. (2024). *Plan de infancia y adolescencia acompañada*. Diaconía España.
<https://diaconia.es/plan-de-infancia-y-adolescencia-acompanada/>

Mini, M., Escorial, A., García de Murcia, M., Ponce de León, C., Santaemilia, B., Ibarra, R., Guruceta, Raimondi, M., García Lamas, A., & Taravilla, M. (2022). *La situación de la Infancia en España 2022*. Plataforma de Infancia.
<https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2022/12/informe-situacion-infancia-en-espana-2022-v2.pdf>

Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. (2024). *Informe del consumo alimentario en España 2024*. Gobierno de España.
https://www.mapa.gob.es/es/alimentacion/temas/consumo-tendencias/informe-consumo-2024-baja_tcm30-710153.pdf

Ministerio de Juventud e Infancia. (2023). *Plan de Acción Estatal para la Implementación de la Garantía Infantil Europea (2022–2030)*. Revisión agosto 2023.
https://www.juventudeinfancia.gob.es/sites/default/files/Plan_Accion_MAS_Revision_AGO_2023_Accesible.pdf

Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan para la ampliación de la cartera común de servicios de salud bucodental en el Sistema Nacional de Salud*.
https://www.sanidad.gob.es/profesionales/prestacionesSanitarias/PlanSaludBucodental/pdf/Plan_ampliacion_cartera_bucodental.pdf

Ministerio de Sanidad. (2023). *Informe sobre recursos humanos en el Sistema Nacional de Salud 2023*.
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInf-SanSistema_Nacional_de_Salud/tablasEstadisticas/InfAnualSistema_Nacional_de_Salud2023/Informe_RRHH_2023.pdf

Núñez, F. et al. (2024). *Cribado Auditivo de la Sordera Postnatal en Edad Pediátrica: Recomendaciones CODEPEH 2024*. FIAPAS
<https://bibliotecafiapas.es/publicacion/cribado-auditivo-de-la-sordera-postnatal-en-edad-pediatrica-recomendaciones-codepeh-2024/>



Observatorio sobre Discapacidad y Mercado de Trabajo en España (Odismet) (2023). Portal de indicadores sobre discapacidad y empleo en España. Fundación ONCE. <https://www.odismet.es/>

OMS. (2014). *Documentos básicos*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1>

ONU. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. <https://www.un.org/es/about-us/universal-declaration-of-human-rights>

Organización Mundial de la Salud. (2023). *Estrategia y plan de acción mundiales sobre salud bucodental 2023–2030*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376878/9789240092242-spa.pdf?sequence=1>

Palacio Vieira, J. (2011). *Cambios en la calidad de vida relacionada con la salud y uso de servicios sanitarios en niños y adolescentes españoles* (Tesis doctoral, Universidad Pompeu Fabra).

Parlamento Europeo. (2013) *La Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea*. [https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/fiches_techniques/2013/010106/04A_FT\(2013\)010106_ES.pdf](https://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/fiches_techniques/2013/010106/04A_FT(2013)010106_ES.pdf)

Páez González, R. (2025). *El impacto de la pobreza infantil: un desafío pediátrico*. Revista de Pediatría de Atención Primaria, 27(105). <https://pap.es/articulo/14297/>

Plataforma de Infancia. (2024). *Posicionamiento sobre comedores escolares*. <https://www.plataformadeinfancia.org/documento/posicionamiento-sobre-comedores-escolares/>

Plataforma de Infancia. (2023). *Análisis de políticas autonómicas dirigidas a la infancia*. <https://www.plataformadeinfancia.org/documento/analisis-de-politicas-autonomicas-dirigidas-a-la-infancia/>

Plataforma de Infancia. (2024). *Posicionamiento de la Plataforma de Infancia sobre el sistema de asilo*. https://www.plataformadeinfancia.org/wp-content/uploads/2024/01/Posicionamiento-POI_Sistema-de-Asilo.pdf

Plataforma de Infancia. (2024, diciembre). *Posicionamiento sobre salud mental infantil*. <https://www.plataformadeinfancia.org/documento/posicionamiento-sobre-salud-mental-infantil-diciembre-2024/>

Plena Inclusión. (2024). *Informe sobre la situación de la Atención Temprana en España. Propuestas desde la discapacidad intelectual y del desarrollo*. <https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2024/07/Informe-de-la-situacion-de-la-Atencion-temprana-2024.pdf>

Ramos, P., Luna, S., Rivera, F., Moreno, C., Moreno-Maldonado, C., Leal-López, E., Majón-Valpuesta, D., Villafuerte-Díaz, A., Ciria-Barreiro, E., Velo-Ramírez, S., & Salado, V. (2024). *La salud mental es cosa de niños, niñas y adolescentes: Barómetro de Opinión de la Infancia y la Adolescencia 2023–2024*. UNICEF España. <https://consaludmental.org/publicaciones/Barometro-Infancia-Resumen-Ejecutivo-2024.pdf>

Sánchez Recio, R. (2020). *Desigualdades sociales en la utilización de servicios sanitarios en España (2001–2017). Impacto de la crisis económica* (Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza).

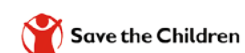
UNICEF. (2021). *Diagnóstico de la situación de la infancia en España antes de la implantación de la Garantía Infantil Europea. Oficina Regional de UNICEF para Europa y Asia Central*. <https://www.unicef.org/eca/sites/unicef.org.eca/files/2021-11/Spanish%20Deep%20Dive%20Literature%20review%20ES.pdf>

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y Protocolo facultativo*. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>

Naciones Unidas. (2006). *Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad y Protocolo facultativo*. Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales. <https://www.un.org/esa/socdev/enable/documents/tccconvs.pdf>



Somos una red de más de 70 organizaciones de infancia





SOMOS UNA RED DE MÁS DE 70 ORGANIZACIONES DE INFANCIA

Nuestra **misión** es proteger, promover y defender los derechos de niños, niñas y adolescentes conforme a la Convención sobre los Derechos del Niño de Naciones Unidas.

Nuestra **visión** es alcanzar el pleno cumplimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes, integrando el esfuerzo de las organizaciones de infancia y de todos los agentes sociales.

Financia



www.plataformadeinfancia.org

