

Fundación



SALUD
INNOVACIÓN
SOCIEDAD

EL FUTURO DE LA SALUD INFANTIL
Y DE LA PEDIATRÍA EN ESPAÑA
ANÁLISIS PROSPECTIVO DELPHI

www.fundsis.org



 NOVARTIS

Colección informes

2

RESUMEN

Objetivos y métodos	9
Demografía y problemas de salud emergentes	10
Estructura y especificidad de la pediatría	10
Gestión clínica y garantía de calidad	10
Derechos, ética y valores	11
Organización asistencial y autogestión	12
Política sanitaria y evolución del SNS	12
Formación e investigación	13
Desarrollo profesional y fórmulas retributivas	14

OBJETIVOS Y MÉTODOS

El estudio que se da a conocer se propone actualizar la visión estratégica tanto de algunos determinantes significativos de la evolución de las necesidades sanitarias y sociales de la población infantil y juvenil, así como de la naturaleza y condiciones de la organización de la práctica clínica de la pediatría en el futuro inmediato.

Este informe recoge las valoraciones, deseos y pronósticos de un grupo de 263 profesionales que han finalizado la investigación sobre los 298 que la iniciaron (88,3%), a partir de la selección realizada por los miembros de los grupos Director (compuesto por 6 miembros) y Asesor (formado por 19 miembros) y los 15 Interlocutores Institucionales del proyecto.

El colectivo de profesionales participantes estuvo compuesto por 9 paneles de expertos segmentados en dos grupos que distinguen a los profesionales que ejercen alguna especialidad médica o quirúrgica de la Pediatría – 156 participantes (59,3%) – del resto de panelistas – 107 participantes (40,7%) – : médicos de familia y de especialidades médicas próximas a la Pediatría, directivos y gestores, diplomados universitarios de enfermería y miembros de asociaciones de usuarios.

Los resultados de esta investigación se han obtenido mediante el diseño, validación y ejecución de un proceso de consulta interactiva, en dos etapas, realizada siguiendo el método Delphi.

Se ha empleado una secuencia de dos respuestas a sendos cuestionarios estructurados elaborados para evidenciar consensos y discrepancias de pronóstico en el panel de expertos, así como para identificar y revelar sus deseos y sus expectativas de ocurrencia de sucesos en el horizonte de los próximos 12 años.

Los cuestionarios que han sido administrados a los panelistas constan de 245 enunciados formulados según las indicaciones de los grupos Director y Asesor y los Interlocutores Institucionales. En 136 de las cuestiones planteadas (55,5%) se ha alcanzado unanimidad – en 4 – o consenso – en 132 – de al menos, un 80% de los panelistas. En la primera ronda de la consulta han sido consensuadas 90 cuestiones (66,2%); entre ellas, están todas las que han suscitado la unanimidad de los expertos.

Las cuestiones comprendidas en la consulta se han desarrollado en 20 apartados clasificados en los ocho ámbitos temáticos siguientes: contexto demográfico y problemas de salud emergentes (capítulo 3), oportunidades y amenazas de desarrollo de la Pediatría (capítulo 4), futuro de la gestión clínica y establecimiento de criterios y estándares de calidad asistencial (capítulo 5), evolución de conflictos de intereses y valores en la práctica asistencial y la investigación biomédica (capítulo 6), cambios en la organización de los servicios asistenciales e implantación de mecanismos de autonomía de gestión (capítulo 7), futuro del SNS y participación de las asociaciones en la política sanitaria (capítulo 8), necesidades de formación e identificación de prioridades de la investigación en Pediatría (capítulo 9), y modelo de desarrollo profesional, evolución de la especialidad y de las fórmulas retributivas (capítulo 10).

Los resultados del análisis prospectivo Delphi y la información reunida constituye una aportación útil para la comprensión y la defensa de los derechos de la infancia y la juventud en el diseño de la Política Sanitaria, así como en el proceso de renovación del compromiso profesional de la Pediatría con la sociedad española¹.

La investigación se inició en diciembre de 2000 con la definición de los objetivos del proyecto y concluyó en marzo de 2002 con la redacción de este informe.

¹ Este estudio forma parte de las realizaciones prioritarias de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad y ha sido patrocinado por Alimentos Infantiles SANDOZ. El Profesor Albert Aynsley Green, Presidente de la Children's Task Force del National Health Service del Reino Unido, ha ejercido de consultor externo.

DEMOGRAFÍA Y PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES

Los pronósticos más unánimes acerca de la dinámica demográfica de la población pediátrica se refieren al aumento de la natalidad de la población inmigrante –en los próximos doce años– como componente hegemónico de un eventual aumento de la tasa general.

Se alcanza el consenso en la predicción sobre el crecimiento del número de niños con padres separados y familias desestructuradas, llamando también la atención el acuerdo respecto al aumento del número de interrupciones del embarazo en adolescentes. En cambio la variación en la edad de las mujeres que tendrán su primer hijo y del número de parejas sin hijos concitan menos coincidencia.

Las respuestas consensuadas más optimistas en relación con los patrones de enfermedad emergentes se refieren a la predicción de aumento de la supervivencia de niños gravemente discapacitados y enfermos crónicos y la continuidad de la tendencia alcista en la recomendación de la lactancia materna.

Casi las tres cuartas partes de los consultados esperan que disminuirá la incidencia de casos de VIH+ infantiles.

Merece ser destacado asimismo el consenso con el que se señalan como principales referentes del patrón emergente de patologías pediátricas los problemas de salud mental, el incremento de la hipercolesterolemia infantil, las enfermedades infecciosas asociadas a la pujanza de la resistencia a antibióticos, las patologías de etiología social –abandono, fracaso escolar, desnutrición, violencia y abusos físicos y emocionales– y la anorexia y la bulimia.

ESTRUCTURA Y ESPECIFICIDAD DE LA PEDIATRÍA

Los participantes fueron invitados a establecer una visión estratégica de la evolución más probable de la Pediatría, fijando su posición con referencia a la probabilidad de ocurrencia de una serie de factores dinamizadores u oportunidades, por una parte, y de amenazas o factores regresivos, por otra. Las "oportunidades" de desarrollo con mayor nivel de consenso se refieren a la generalización del uso de Internet y de la telemedicina, la innovación tecnológica en cirugía perinatal y el aumento de la capacidad resolutoria de la Pediatría en Atención Primaria.

A subrayar la esperanza ampliamente compartida del aumento en la firmeza de la exigencia de los padres de que sus hijos sean atendidos por pediatras en los Centros de Salud, así como del desarrollo de una subespecialidad específica para la intervención en los problemas de salud de la adolescencia.

El contraste más pronunciado entre lo que se manifiesta desear y lo que se pronostica que realmente va a ocurrir se refiere a la aceptación de la posición de la Academia Americana de Pediatría que establece que la responsabilidad pediátrica empieza con la confirmación de la concepción, prosigue con las etapas neonatal, infantil y adolescente y se extiende hasta los 21 años con el proceso de desarrollo finalizado.

Los pronósticos de mayor consenso acerca de las "amenazas" de más entidad para el desarrollo de la Pediatría se identifican con la pujanza de especialidades colindantes como la Obstetricia, la Cirugía, la Psiquiatría Infantil, la Medicina de Familia y la Medicina Interna.

Ni la persistencia en la disminución de la natalidad ni el mantenimiento de la tendencia general a la mejora de la salud infantil son registrados como "amenazas" para el futuro profesional inmediato de la Pediatría.

GESTIÓN CLÍNICA Y GARANTÍA DE CALIDAD

Los panelistas manifestaron de manera consensuada y muy consistente su deseo y su esperanza de que se implanten y se utilicen de manera generalizada guías de práctica clínica basadas en

la mejor evidencia científica de eficacia, así como su convicción de que el uso de las guías no será fruto de una moda pasajera.

En la medida en que la sociedad exige con creciente determinación que se visualice y se experimente la mejora continua de la calidad asistencial y del servicio, cobra especial interés conocer el posicionamiento de los consultados acerca de la evolución de una serie de factores de impulso de la misma.

En las mayores cotas de consenso cabe identificar como deseables la extensión de las actividades de interconsulta entre especialidades contiguas y entre niveles asistenciales, así como la integración de las preferencias y los valores del paciente –o sus tutores– en la génesis de la decisión clínica.

Llama la atención no obstante que, pese a esta actitud favorable sin reservas a la participación del usuario en las decisiones clínicas que le afectan, se da una significativa división de pronósticos en lo que se refiere a la adopción profesional de una mayor flexibilidad adaptando los horarios de la manera más favorable para los usuarios.

Asimismo merece ser destacado el alto nivel de consenso con el que se desea y se pronostica que ocurrirá la implantación de estándares exigibles de buena práctica y de competencia profesional tanto para una eventual reacreditación sistemática individual como para la obtención y el mantenimiento de la acreditación docente y asistencial.

La participación efectiva de usuarios y familiares en la definición de parámetros de calidad y en la supervisión de su cumplimiento, aunque deseable para una gran mayoría de panelistas, no concita tanta unanimidad en el pronóstico de que vaya a tener lugar en el horizonte temporal propuesto por la consulta.

DERECHOS, ÉTICA Y VALORES

El estudio propuso establecer la futura orientación de las actitudes y pronósticos en torno a una serie de conflictos reales y potenciales relacionados con la práctica asistencial y la investigación biomédica.

Al examinar los resultados destaca que sólo un 48,5% de participantes vaticinan que perderá intensidad la comisión de irregularidades en la donación y extracción de órganos y tejidos.

Se observa una opinión dividida – un 45,1% pronostica que el conflicto no variará significativamente – en los pronósticos acerca de la evolución de los conflictos que enfrentan a padres y a hijos menores – particularmente adolescentes –.

En cambio, una amplia mayoría de los consultados perfila el crecimiento de situaciones conflictivas que involucran a los principales participantes en los actos asistenciales frente a decisiones críticas relacionadas con manipulaciones y terapias génicas (85,0%) y la pediatría paliativa y el mantenimiento artificial de la vida de los pacientes (86,3%).

Casi el 90% de los consultados prevé un mayor rigor en el cumplimiento del derecho al consentimiento informado, a la confidencialidad de los datos clínicos y a la utilización de embriones y tejido fetal.

Igualmente se registra un alto consenso (92,3%) en el pronóstico del fortalecimiento del respeto a los Derechos del Niño en las actividades y procesos de investigación y experimentación biomédica y en la observancia de las limitaciones éticas. Sin embargo, más del 80% no confía en la aplicación plena de la Convención de los Derechos del Niño, a pesar de que la totalidad de los consultados manifiestan desearlo.

En el resto de proposiciones que se plantean a los panelistas se registra una concordancia mayoritaria entre deseos y pronósticos referidos a la exigencia de estándares profesionales y a la actualización de la normativa protegiendo la información y el conocimiento de pacientes y sus responsables como participantes en actividades de investigación.

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y AUTOGESTIÓN

Según los pronósticos emitidos por los panelistas, la perduración de la práctica privada parece estar sólidamente asegurada: un 76,1% no desean su desaparición y un 86,7% no creen que vaya a desaparecer efectivamente. En el mismo sentido, se observa un sólido consenso (90,8%) referido a la persistencia en el futuro del ejercicio simultáneo público y privado, aunque más de la mitad de los consultados (53,2%) se declaren contrarios a conjugar ambas formas de ejercicio profesional.

La mayor claridad y congruencia entre el deseo y el pronóstico de ocurrencia real se refiere al elevado grado de acuerdo acerca del desarrollo de la enfermería pediátrica y a la creciente integración de los niveles asistenciales pediátricos –primario y especializado– en los próximos doce años.

Aunque se desea mayoritariamente, casi la mitad de los panelistas no espera que se implanten unidades de pediatría que agrupen diversas zonas; y más de la mitad no espera que se adscriban pediatras de Atención Primaria a hospitales de referencia para contrarrestar el aislamiento y la dispersión.

Y llama la atención que sólo una discreta mayoría (64,8%) respalde el deseo generalizado (84,4%) de que la Pediatría de Atención Primaria adquiera un mayor peso asistencial a costa de los servicios pediátricos hospitalarios.

La consulta acerca de la evolución de la autonomía de gestión presenta aspectos ambiguos que se manifiestan en aparentes contradicciones de los pronósticos emitidos. Así, la alineación de la mayoría en deseos y predicciones acerca de la implantación de la autonomía de gestión y la responsabilización de los profesionales en la organización, flujo de pacientes y programación asistencial contrasta con la escasa expectativa de asunción de responsabilidades en la gestión del personal, la gestión de compras y la del mantenimiento de la tecnología y el instrumental. Y no obstante, se desea, casi unánimemente (99,2%) y se predice mayoritariamente (89,4%) la participación de los profesionales de pediatría en la negociación de objetivos y resultados de su actividad.

POLÍTICA SANITARIA Y EVOLUCIÓN DEL SNS

Se observa un amplio consenso en el panel de expertos en el deseo de que persevere la función niveladora y solidaria del aseguramiento obligatorio y universal de financiación pública. Asimismo, una sólida mayoría de consultados predice que el SNS continuará proporcionando provisión universal sobre la base de la necesidad clínica y no la capacidad de pago de los ciudadanos.

Las predicciones de continuidad de los atributos básicos de solidaridad del actual modelo se matizan por el pronóstico dividido –49,2% contra 50,8%– en el deseo de que el seguro privado complemente el seguro público. Esto se corresponde con el pronóstico consensuado (83,0%) de que, a lo largo de los próximos doce años, se extenderá efectivamente el seguro sanitario privado complementario del público.

También se alcanza consenso en desear que el sistema sea sensible a las preferencias y necesidades de la población (90,6%), se aborde con prioridad la respuesta a las desigualdades de salud (97,8%) y a la especificidad de la población emigrante, las minorías étnicas y las nuevas formas de exclusión social (98,1%). El consenso se extiende al deseo de que se establezca una integración sin fronteras entre los servicios sanitarios y sociales (90,1%). No obstante, una mayoría significativa de panelistas no espera que en realidad el sistema vaya a responder de manera aceptable a esas expectativas.

Un 81,7% de los consultados tampoco cree que en los próximos doce años se establezca un organismo o agencia específico y autónomo para defender los intereses sociosanitarios de la infancia y la juventud.

Los resultados apuntan hacia una significativa y creciente convicción de la implantación de fórmulas de corresponsabilización del usuario en el pago de ciertas prestaciones del catálogo básico. Un 80,9% de los panelistas pronostica que la priorización de algunas prestaciones restringirá el actual acceso a todas ellas sin restricciones. Y una holgada mayoría (86,5%) pronostica el aumento del copago actual en la prestación farmacéutica y en la corresponsabilidad en el coste de la dispensación de prótesis y accesorios paliativos de limitaciones de la movilidad (82,2%). Y una mayoría semejante –cercana al 85%– predice que el copago no se implantará en las prestaciones asistenciales hospitalarias.

Finalmente, destaca el elevado consenso que se recoge acerca de la disposición y expectativas de las asociaciones profesionales a participar en la elaboración de los Planes Generales de Salud (99,3%) y programas específicos de salud infantil (99,3%).

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La consulta ha establecido con claridad que los participantes consideran la inclusión de contenidos formativos en Pediatría Preventiva y Social para el ejercicio de la clínica con independencia del nivel asistencial (94,5%) y que la formación continuada de los pediatras será una responsabilidad compartida entre el profesional y la institución en la que preste sus servicios (98,7%).

La práctica totalidad de los consultados (99,1%) considera deseable que los pediatras que asuman responsabilidades directivas reciban formación específica en organización y gestión y un 78,8% espera que eso ocurra realmente.

Sin embargo, el colectivo muestra desconfianza (59,3%) acerca de que la formación que se reciba en el inmediato futuro contemple el desarrollo de la comunicación con los pacientes y su entorno familiar y el conocimiento de sus especificidades culturales, a pesar de que un 95,8% lo juzga deseable.

Esta disociación entre lo que se quiere que ocurra y lo que realmente se espera que tenga lugar se refiere, asimismo, al requerimiento periódico a los profesionales para que demuestren su capacidad, conocimiento y experiencia en el uso de guías de buena práctica clínica.

Atendiendo a la evolución de las plazas de financiación pública para formación de MIR, es destacable que sólo un 30,5% de los consultados desea que la tasa de plazas MIR de Pediatría aumente más del 12% de crecimiento interanual de los últimos quince años. En contraste, un 51,7% expresa el deseo de aumento de la tasa interanual de plazas MIR de medicina familiar y comunitaria y un 65,5% cree que efectivamente aumentarán por encima del 27% experimentado entre los años 1985 y 2001.

Todas las propuestas de pronóstico relacionadas con la investigación biomédica reciben un amplio apoyo de la gran mayoría de participantes. Debe subrayarse la práctica unanimidad y coincidencia en el deseo y la predicción que suscita el aumento en la utilización por parte de los profesionales de información sobre las bases científicas de la innovación diagnóstica y terapéutica; y el aumento del número de pediatras en ejercicio que participarán en proyectos de investigación biomédica.

También destaca que, tanto en preferencias (81,1%) como en pronósticos de ocurrencia (84,9%), haya consenso entre los panelistas en vaticinar que la práctica clínica realizada sin referencias a la medicina basada en la evidencia, experimentará en el futuro un retroceso significativo.

La salud mental y los trastornos del comportamiento encabezan las líneas de investigación que el panel de expertos considera más prioritarias. Merece ser señalado que se otorgue casi la misma prioridad a la futura investigación acerca de las desigualdades en salud y las aplicaciones diagnósticas y terapéuticas de la genética y la biología molecular.

DESARROLLO PROFESIONAL Y FÓRMULAS RETRIBUTIVAS

Un 85,8% de los participantes considera que la contribución individual a la calidad asistencial debe ser el aspecto más valorado en el desarrollo profesional de los pediatras. Después, a bastante distancia, siguen: la complejidad clínica de la actividad realizada (49,2%); las cualidades demostrables de liderazgo, capacidad de gestión y trabajo en equipo (47,3%); y los valores bioéticos y deontológicos demostrados, así como el respeto a los derechos del paciente y su entorno familiar (41,8%).

Las tres cuartas partes de los consultados esperan que aumentarán las cargas de trabajo y la presión asistencial de los pediatras que ejercen en el sector público y menos de la mitad (43,4%) confían en que se implanten procedimientos de recertificación de la competencia y la capacidad profesionales, a pesar de que hay consenso (83,5%) acerca de su conveniencia.

Ni la Pediatría ni sus subespecialidades, ni la nueva Pediatría Preventiva y social emergente serán la opción prioritaria de los jóvenes recién licenciados (79,5%) que, en cambio, se verán más atraídos por las especialidades hospitalarias de tercer nivel.

Se observa un elevado consenso acerca de que en el inmediato futuro se consolidará la tendencia a que las mujeres ejerzan la Pediatría de una manera hegemónica (94,4%).

También se rechaza por consenso que en los centros de atención primaria se vuelva al pago por capitación con independencia de las características del cupo: el 85% no lo desean y el 84,6% predicen que no ocurrirá. Y tampoco se desea (73,2%) ni se cree (90,2%) que en el futuro tendrá lugar la introducción del pago por acto médico en la Atención Primaria y en la especializada.

Por el contrario, más de las tres cuartas partes de los consultados desean el establecimiento de un sistema de pago con capitación corregida – proporción de menores de un año, condición socioeconómica de la población, etc.– aunque sólo un 36,9% cree que realmente se implantará un sistema semejante en el horizonte de la consulta.

Se acepta (80,5%) y se espera (85,8%) la implantación de la incentivación financiera a la consecución de objetivos y programas asistenciales en el sistema público. En cambio, la incentivación económica a la implantación y uso de las guías de práctica clínica es respaldada con la coincidencia mayoritaria en el deseo (81%) que contrasta con una merma expectativa de ocurrencia (31,9%). No obstante, la expectativa de que los incentivos para esa finalidad sean no financieros recibe el soporte del 89,4% del colectivo de expertos.

PARTICIPANTES

1. Participantes

1.1. Ficha de dirección y realización	17
1.2. Grupo Promotor	18
1.3. Grupo Director	18
1.4. Grupo Asesor e Interlocutores Institucionales	19
1.5. Paneles de expertos	20

1.1. FICHA DE DIRECCIÓN Y REALIZACIÓN

El informe *El Futuro de la Salud Infantil y de la Pediatría en España. Análisis prospectivo* presenta los resultados de un estudio realizado por la Fundación Salud, Innovación y Sociedad y por Gestió, Organització, Comunicació (GOC *networking*). El trabajo se ha realizado en estrecha colaboración con la Societat Catalana de Pediatria y la Asociación Española de Pediatría, y ha contado con el patrocinio de Alimentos Infantiles SANDOZ y con el apoyo de los componentes de los grupos Promotor, Director, Asesor, Interlocutores Institucionales y el panel de expertos que se describen más adelante.

El Equipo Director de la Investigación sostuvo la iniciativa de su realización con el apoyo de los miembros del Grupo Promotor, el Grupo Director y el Grupo Asesor. Alimentos Infantiles SANDOZ no intervino en ninguna de las fases preparatorias ni de ejecución, limitándose a recibir del Equipo Director la misma información facilitada a los panelistas y participantes consultados a lo largo del proceso.

El diseño y la realización del Delphi han discurrido en paralelo a la creación en el seno del National Health Service del Reino Unido de la *Children's Task Force*, máximo órgano de participación y control en la ejecución del reciente Plan de NHS, cuyo Presidente, el Profesor Albert Aynsley Green, ha ejercido de consultor externo del presente Delphi.

Dirección general

Dr. Juan José Artells Herrero.
Director de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad.

Dirección técnica

Dr. Josep Andrés Martínez.
Socio-Director de Gestió, Organització, Comunicació.
(GOC *networking*).

Dirección de trabajos de campo

Sra. Rosa María Palomino Meneses.
Jefe de Proyectos. Área de Investigación Aplicada.
(GOC *networking*).

Realización de trabajos de campo

Sra. Marta Fraiz Montero (GOC *networking*).
Sr. Josep María Farfán Francés (GOC *networking*).
Sra. Montserrat Juan Pugibet (Fundación Salud, Innovación y Sociedad).
Sra. M^a Elisabeth Pavón Ibarz (GOC *networking*).
Sra. Paula Rodríguez Florencio (GOC *networking*).
Sra. Eva María Torres Santiago (GOC *networking*).

Diseño y edición

Sr. Daniel Areste González (GOC *networking*).
Sra. Núria Font Amado (GOC *networking*).
Sra. Luz Siu García (GOC *networking*).

Colaboradores

Sr. Max Brosa Riestra (GOC *networking*).
Sr. Andreu Covas Estruga (GOC *networking*).
Sr. Carlos Crespo Palomo (GOC *networking*).
Sra. María Fontanals Pérez-Portabella (GOC *networking*).
Sra. Nuria Lafuente Gómez (GOC *networking*).
Sra. Silvia Marín Casanovas (GOC *networking*).
Sra. Cristina Quílez Alloza (GOC *networking*).
Sra. Yolanda Sans Rosell (GOC *networking*).

Agradecimientos especiales

Excm. Sra. D.^a Celia Villalobos Talero.
Ministra de Sanidad y Consumo.

Ilmo. Sr. D. Antonio Torres Olivera.
Director General de Organización de Procesos y Formación de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía.

Ilmo. Sr. D. Francisco Sevilla Pérez.
Consejero de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias.

Excmo. Sr. D. José Rafael Díaz Martínez.
Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.

Hble. Sr. Eduard Rius i Pey.
Conseller de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.

Ilma. Sra. D.^a Pilar Farjas Abadía.
Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais de la Xunta de Galicia.

Hble. Sra. Aina María Salom i Soler.
Consellera de Sanitat i Consum del Govern de les Illes Balears.

Excmo. Sr. D. José Ignacio Echaniz Salgado.
Consejero de Sanidad de la Comunidad de Madrid.

Excmo. Sr. D. Francisco Marqués Fernández.
Consejero de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.

Hble. Sr. D. Serafín Castellano Gómez.
Conseller de Sanitat de la Generalitat Valenciana.

Ilma. Sra. D.^a Raquel Herguera Manso.
Subdirección General de Formación Sanitaria y Relaciones Profesionales. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Ilma. Sra. D.^a Isabel de la Mata Barranco.
Subdirectora General de Programas Sanitarios y Sociosanitarios, Acreditación, Calidad y Prestaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo.

² Los créditos y descripciones de lugares de trabajo corresponden a los que el participante señaló en la fecha de inicio del estudio.

Dr. Javier Domínguez Vallejo.
Presidente de Cirugía Pediátrica del Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNE).

Ilma. Sra. D.ª Alicia Granados Navarrete.
Directora Gerent de l'Institut Català de la Salut.

Ilmo. Sr. D. Josep Mª Bonet Bertomeu.
Director General del INSALUD.

D.ª Amalia Velázquez García.
Presidenta de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

1.2. GRUPO PROMOTOR

El Grupo Promotor está formado por los organismos e instituciones que aceptaron dar su apoyo institucional a la realización del estudio. Las instituciones promotoras han facilitado la formación del Grupo Director, Grupo Asesor e Interlocutores Institucionales, la presentación de la invitación a la participación de los panelistas seleccionados y la supervisión del desarrollo del proceso por medio de un interlocutor institucional. Finalizada la investigación, los representantes de las instituciones componentes de este Grupo encabezan diversos actos de presentación y comunicación de los resultados en el ámbito nacional y en los correspondientes a algunas comunidades autónomas.

GRUPO PROMOTOR-INSTITUCIONES

- Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Consejería de Salud de Andalucía.
- Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Gobierno del Principado de Asturias.
- Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias.
- Conselleria de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- Conselleria de Sanidade e Servicios Sociais de la Xunta de Galicia.
- Conselleria de Sanitat i Consum del Govern de les Illes Balears.
- Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Consejería de Sanidad y Consumo de la Región de Murcia.
- Conselleria de Sanitat de la Generalitat Valenciana.
- Consejo Nacional de Especialidades Médicas (CNE).
- INSALUD.
- Institut Català de la Salut.
- Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria.
- Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

1.3. GRUPO DIRECTOR

El denominado Grupo Director está formado por profesionales especialmente cualificados y experimentados invitados por la Dirección del Estudio a partir de las propuestas del Grupo Promotor. Las funciones desempeñadas por este grupo han sido las siguientes:

- Definición de criterios para la selección de los ámbitos temáticos de la consulta prospectiva en forma de 8 temas generales.
- Contribución al diseño del cuestionario mediante la aportación de preguntas correspondientes a cada uno de los temas elegidos.
- Validación de los cuestionarios en cuanto a inteligibilidad de los enunciados y su neutralidad en cuanto a la eventual inducción de respuestas.
- Aportación de candidatos para la formación de los grupos Asesor y el panel de Expertos.
- Análisis de los resultados sucesivos de cada ronda y valoración de los niveles de consenso.
- Establecimiento de criterios para la interpretación y presentación de los resultados.

GRUPO DIRECTOR

- Prof. Dr. Alfonso Delgado Rubio. Presidente de la Asociación Española de Pediatría.
- Prof. Dr. Rafael Jiménez González. Catedrático de Pediatría de la Universidad de Barcelona y Director de Servicios de Pediatría de la Unidad Integrada. Consorci Clínic Sant Joan de Déu de Barcelona.
- Dr. Josep Maria Mauri i Puig. Presidente de la Societat Catalana de Pediatría.
- Prof. Dr. Manuel Moya Benavent. Catedrático de Pediatría de la Universidad Miguel Hernández.
- Prof. Dr. Ángel Nogales Espert. Jefe de Departamento de Pediatría del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid.
- Dra. Josepa Torregrosa i Bertet. Vicepresidenta del Àrea Professional de la Societat Catalana de Pediatría.

1.4. GRUPO ASESOR E INTERLOCUTORES INSTITUCIONALES

El Grupo Asesor se constituyó con 19 profesionales particularmente cualificados invitados por la Dirección de la investigación con las siguientes funciones:

- Aportación de criterios para la selección de los ámbitos temáticos de la consulta prospectiva en forma de 8 temas generales.

- Contribución al diseño del cuestionario mediante la aportación de preguntas correspondientes a cada uno de los temas elegidos.
- Validación de los cuestionarios en cuanto a inteligibilidad de los enunciados y su neutralidad en cuanto a la eventual inducción de respuestas.
- Análisis de los resultados sucesivos de cada ronda, valoración de los niveles de consenso.
- Establecimiento de criterios para la interpretación y presentación de los resultados.

El denominado Grupo de Interlocutores Institucionales está formado por los representantes de los organismos e instituciones que aceptaron dar su apoyo a la realización del estudio. Los componentes del Grupo han ayudado en el diseño general de la investigación, tanto en la elaboración del cuestionario como en la aportación de candidatos para los diferentes paneles, por medio de un interlocutor institucional, a través de consultas telefónicas y por correo electrónico.

GRUPO ASESOR

- Prof. Dr. Josep Argemí i Renom. Rector de la Universitat Internacional de Catalunya.
- Prof. Dr. Juan Brines Solanes. Catedrático de Pediatría de la Facultad de Medicina de Valencia. Jefe de Servicio de Pediatría del Hospital Clínico de Valencia.
- Dr. Jordi Colomer Mascaró. Director-Gerente. Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.
- Dr. Manuel Crespo Hernández. Presidente de Pediatría y sus Áreas Específicas. Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Dra. Elisa de Frutos Gallego. Vocal de Activitats de la Societat Catalana de Pediatría.
- Dr. José del Pozo Machuca. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria.
- Dr. Maximino Fernández Pérez. Pediatra del Centro de Salud La Felguera de Asturias.
- Dr. Antonio Jurado Ortiz. Jefe de Servicio del Departamento de Pediatría. Hospital Materno Infantil de Málaga.
- Prof. Dr. José María Martínón Sánchez. Jefe de Servicio y Profesor de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- Dr. Javier Molina Garicano. Vicepresidente de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. Vocal de la Sociedad de Hematología Pediátrica. Coordinador de la Unidad de Oncología Pediátrica del Hospital Virgen del Camino Irunlarrea.
- Dr. Fernando A. Moraga Llop. Vicepresidente de la Asociación Española de Pediatría.
- Prof. Dr. Luis Morales Fochs. Catedrático de la Universidad de Barcelona. Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Sant Joan de Déu.
- Prof. Dr. Manuel Moro Serrano. Presidente de la Sociedad Española de Neonatología.
- Dra. M^ª Aurora Navajas Gutiérrez. Presidenta de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría.
- Sra. Esther Redón Martínez. Enfermera Responsable de la Planta de Pediatría, Tocoginecología y Sala de Partos del Hospital de Vic.
- Dr. Antonio Redondo Romero. Presidente de la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria de la Provincia de Alicante.
- Dr. Juan Ruiz-Canela Cáceres. Vicepresidente Atención Primaria y Extrahospitalaria. Asociación Española de Pediatría.
- Dra. Emilia Sánchez Chamorro. Subdirectora General de Formación Sanitaria y Relaciones Profesionales. Dirección General de Recursos Humanos y Servicios Económico-Presupuestarios del Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Dr. José Sánchez de Toledo Codina. Jefe de la Unidad de Oncología Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron de Barcelona.

INTERLOCUTORES INSTITUCIONALES

- Dr. José Luís Aboal Viñas. Subdirector Xeral de Información e Xestión de Saúde Pública. Dirección Xeral de Saúde Pública. Consellería de Sanidade e Servizos Sociais. Xunta Galécia.
- Dr. Joaquín Bellón Martínez. Jefe Sección Materno Infantil del Servicio de Promoción de la Salud y Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consellería de Salut i Consum del Govern de les Illes Balears.
- Sr. Juan José Bestard Perelló. Viceconsejero de Sanidad. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid.
- Dra. Eulàlia de Muga Doria. Vocal de Atención Primaria de la Societat Catalana de Pediatría.
- Dr. Eduardo Doménech Martínez. Presidente de la Sociedad Canaria de Pediatría.
- Sra. Elvira Fernández de la Mota. Asesora Técnica Dirección General de Organización de Procesos y Formación. Junta de Andalucía.
- Dr. Juan Fernández Martín. Responsable del Área de Calidad de la Subdirección General de Atención Especializada. INSALUD.
- Dr. Lorenzo Fleitas Cochoy. Vicepresidente Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (SEMFYC).
- Ilmo. Sr. Marciano Gómez Gómez. Subsecretario de la Agencia Valenciana de Salud.

- Dr. Vicenç Martínez Ibáñez. Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron. Comisión Nacional Especialidades.
- Sra. Rosa Mataix González. Jefa de Servicio. Dirección General de Planificación Sanitaria. Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Dra. Carmen Mosquera Tenreiro. Jefa de Sección de Programas y Promoción de la Salud. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias.
- Dr. José Carlos Níguez Carbonell. Adjunto a la Sección de Salud Infantil. Consejería de Sanidad y Consumo. Región de Murcia.
- Dr. Albert Oriol i Bosch. Director del Institut d'Estudis de la Salut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya.
- Prof. Dr. José Quero Jiménez. Director del Departamento de Pediatría de la Facultad de Medicina. Universidad Autónoma Madrid. Hospital Infantil "La Paz".

1.5. PANELES DE EXPERTOS

A continuación se relacionan los nombres de los expertos que han participado a lo largo de todo el estudio en los nueve paneles.

PANEL 1

- Dra. Josefa Aguayo Maldonado. Médico Adjunto de Pediatría. Hospital de Valme.
- Dr. Xavier Allué Martínez. Jefe de Servicio. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.
- Dr. Jesús Antelo Cortizas. Jefe de Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Xeral-Cies.
- Prof. Dr. Julio Ardura Fernández. Catedrático de Pediatría. Universidad de Valladolid.
- Prof. Dr. Manuel Bueno Sánchez. Catedrático de Pediatría. Facultad de Medicina. Hospital Clínico de Zaragoza.
- Dr. Jesús Carnicer de la Pardina. Médico Adjunto del Servicio de Pediatría. Hospital de Sant Pau.
- Prof. Dr. Manuel Casanova Bellido. Catedrático - Jefe de Servicio. Hospital Universitario Puerto Real.
- Dr. Manuel Cidrás Pidre. Facultativo Especialista. Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.
- Dr. Claudio Contessotto Spadetto. Jefe de Sección de Pediatría. Hospital Los Arcos.
- Dra. Ana María de Carlos Campo. Jefe de Servicio. Hospital Ntra. Señora de Sonsoles.
- Dr. Xavier Demestre Guasch. Médico Adjunto. Hospital de Barcelona.
- Dr. Porfirio Fernández González. F.E.A. Pediatría. Hospital Carmen y Severo Ochoa.
- Prof. Dr. José Ramón Fernández Lorenzo. Profesor Titular de Pediatría. Universidad de Santiago de Compostela.
- Prof. Dr. José María Fraga Bermúdez. Jefe de Servicio. Profesor Titular. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- Prof. Dr. Miguel García Fuentes. Catedrático de Pediatría. Universidad de Cantabria.
- Dra. Ana Isabel Jiménez Moya. F.E.A. Pediatría y Peditra Área. Hospital Comarcal de Medina del Campo-Carbonero-Nava.
- Prof. Dr. José Luís Lechuga Campoy. Profesor Titular de Universidad. Facultad de Medicina. Hospital Universitario Puerta del Mar.
- Dr. Jaume Macià Martí. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta.
- Dr. Carlos Maluenda Carrillo. Jefe de Sección Digestivo Infantil. Hospital Clínico de San Carlos.
- Dr. Federico Martinón Torres. Médico Adjunto de Intensivos Pediátricos. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- Dr. Josep Mercè Gratacós. Responsable del Servicio de Pediatría. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta.
- Dr. Carlos Ochoa Sangrador. F.E.A. de Pediatría. Hospital Virgen de la Concha.
- Prof. Dr. José Peña Guitián. Catedrático. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- Dr. Antonio Rodríguez Núñez. Adjunto del Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- Dr. Gonzalo Solís Sánchez. F.E.A. Pediatría. Hospital de Cabueñes.
- Prof. Dr. Rafael Tojo Sierra. Catedrático de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.
- Prof. Dr. Francisco Valverde Moreno. Profesor Titular. Jefe de Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario San Carlos.
- Dra. María Del Valle Velasco González. Peditra. Hospital Universitario de Canarias.
- Prof. Dr. Máximo Vento Torres. Profesor Titular de Pediatría. Jefe de Servicio. Hospital Virgen del Consuelo.

PANEL 2

- Dr. Javier Ayala Curiel. F.E.A. Pediatría. Hospital de Basurto.
- Dra. M^o del Carmen Barrio Andrés. Jefa de Sección. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Dra. M^o Angeles Carlota Calvo Escribano. Médico Adjunto. Hospital Infantil Miguel Servet.

- Dr. José Andrés Concha Torre. Médico Adjunto de Pediatría (UCIP). Hospital Central de Asturias.
- Dr. Julián de Juan Frigola. Médico Adjunto. Departamento de Pediatría. Hospital Central de Asturias.
- Dr. Juan José Díez Tomás. Jefe de Sección. Hospital Central de Asturias.
- Dr. Josep Ferrer Ferran. Médico Pediatra experto en Urgencias Pediátricas. Hospital Sant Joan de Déu.
- Dra. Purificación García-Miguel García-Rosado. Jefa de Unidad de Hemato-Oncología Pediátrica. Hospital Infantil La Paz.
- Dr. Santiago García-Tornel Florensa. Jefe de Sección de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu.
- Dra. Gloria González Azpeitia. F.E.A. Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.
- Dr. Rafael Guerrero Pereda. Médico Adjunto de Pediatría. Hospital Donostia.
- Dr. Miguel Gussinye Canadell. Jefe de Sección. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Dr. José Vicente Hernández Gómez. Médico Adjunto. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Dr. Joan Iglesias Berengué. Jefe de Servicio UCI Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Dra. Ana M^o Lajo Plaza. Médico Adjunto. Hospital Infantil La Paz.
- Prof. Dr. Félix Lorente Toledano. Profesor Titular. Facultad de Medicina de Salamanca.
- Dr. Alfons Macaya Ruiz. F.E.A. Neurología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Dr. Serafín Málaga Guerrero. Jefe de Sección Nefrología Infantil. Hospital Central de Asturias.
- Dra. Milagros Martí Herrero. Jefa de Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.
- Dr. Manuel Martín Esteban. Jefe de Sección. Hospital Infantil La Paz.
- Dr. José Alberto Medina Villanueva. Médico Adjunto UCI Pediátrica. Hospital Central de Asturias.
- Dra. María Teresa Moral Pumarega. Pediatra Neonatología Guardias. Hospital Universitario 12 de Octubre.
- Dr. Luis Peña Quintana. F.E.A. Gastroenterología. Hospital Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.
- Dr. Josep Perapoch López. Médico Adjunto Servicio Neonatología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Dr. Jordi Pou Fernández. Jefe de Servicio. Hospital Sant Joan de Déu.
- Dr. Enrique Quiroga Ordóñez. Jefe de Servicio UCI Pediatría. Centro Hospitalario Juan Canalejo.
- Dr. Corsino Rey Galán. CEU Vinculado. Hospital Central de Asturias.
- Dra. Isolina Riaño Galán. Jefa Sección Pediátrica. Hospital Carmen y Severo Ochoa.
- Dr. Julián Rodríguez Suárez. Médico Adjunto. Hospital Central de Asturias.
- Dra. Matilde Roza Suárez. Jefa de Sección de Pediatría. Hospital Central de Asturias.
- Dr. Francisco Ruza Tarrío. Jefe Servicio UVI Pediátrica. Hospital La Paz.
- Dr. August Sáenz Bernat. Jefe de Estudios. Consorci Sanitari de Terrassa.
- Dra. María Sagaseta de Ilurdoz Uranga. Médico Adjunto de Pediatría. Hospital Virgen del Camino.
- Prof. Dr. Fernando Santos Rodríguez. Profesor Titular Universidad Vinculado. Universidad de Oviedo. Hospital Central de Asturias.
- Dr. Ángel Vázquez de la Cruz. Jefe de Servicio. Hospital Juan Canalejo.
- Prof. Dr. Ignacio Villa Elizaga. Profesor de Pediatría. Universidad Complutense de Madrid.
- Prof. Dr. Juan Carlos Vitoria Comenzana. Profesor Titular. Universidad del País Vasco.

PANEL 3

- Dra. María Agustina Alonso Álvarez. Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Colunga.
- Dr. Ramon Anguera Farran. Pediatra. Centro de Atención Primaria Bellpuig.
- Dr. Joan Argemí Fontanet. Médico Pediatra jubilado.
- Dr. Marcelino Becerro Pérez. Especialista de Área. Centro de Salud Otero.
- Dr. Javier Eduardo Blanco González. Pediatra EAP. Centro de Salud Reyes Magos.
- Dr. Josep Bras Marquillas. Pediatra. ABS Poblenuu.
- Dr. José Cristóbal Buñuel Álvarez. Pediatra Atención Primaria. ABS Girona 4. Girona.
- Dr. Joaquín Callabed Carracedo. Director. Club de Pediatría Social de Barcelona.
- Dr. Alfredo Cano Garcinuño. Pediatra. Centro de Salud de Villamuriel de Cerrato.
- Dra. María Dolores Carrillo Vinader. Médico Pediatra. Centro de Salud Campo de Cartagena.

- Dr. Ignacio Carvajal Urueña. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud Las Vegas.
- Dra. Carmen Chavez de Diego. Pediatra. Centro de Salud Torreblanca.
- Dra. Immaculada Cid Xutgla. Directora Equipo Atención Primaria. ABS Santa Eulàlia Sud.
- Dra. Eva Civantos Fuentes. Pediatra. Centro de Salud Tacoronte.
- Prof.ª Dra. Julia Colomer Revuelta. Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Font Sant Lluís. Profesora Titular de Pediatría. Facultad de Medicina Universidad de Valencia.
- Dra. Olga Cortes Rico. Pediatra. Centro de Salud Mar Báltico.
- Dr. Juan José Díaz Martín. Pediatra EAP. Centro de Salud Trevias.
- Dra. María Josefa Díaz Otero. Pediatra. Centro de Salud de Fingoí.
- Dr. Carlos A. Díaz Vázquez. Pediatra. Centro de Salud de Moreda.
- Dra. Begoña Domínguez Aurrecochea. Pediatra. Centro de Salud de Otero.
- Dr. Manuel F. Enrubia Iglesias. Pediatra Atención Primaria. EAP Anoia Rural.
- Dra. Carmen Fernández Carazo. Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud El Valle.
- Dra. María Fernández Francés. Pediatra. Centro de Salud de Tineo.
- Dra. María Rosario Fernández Mateos. Pediatra. ABS Gatassa. Mataró-6.
- Dra. Águeda García Merino. Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud de Riosa-Argame.
- Dra. María Teresa García Muñoz. Pediatra. Centro de Salud de Teatinos.
- Dr. José Manuel García Puga. Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Salvador Caballero.
- Dr. Fermín García Rodríguez. Dirección General de Salud Pública y Política Social. Servicio de Programa. Consejería de Salud de Andalucía.
- Dr. César García Vera. Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Monzón Urbano.
- Dr. Alfonso Garrido Romera. Pediatra. Centro de Salud Cartagena Casco Antiguo.
- Dr. Javier González Pérez. Médico, consulta particular. Cartagena.
- Dr. Benjamín Herranz Jordan. Pediatra. Centro de Salud las Rozas.
- Dr. Antonio Jiménez Cortés. Pediatra. Centro de Salud de Montequinto.
- Dra. Lourdes Jordano Salinas. Pediatra. Centro de Salud Polígono Guadalquivir.
- Dr. Erwin Kirchsclager. Pediatra Atención Primaria. Centro de Salud Monovar.
- Dra. Marta Mª López Benito. Pediatra. Centro de Salud Contrueces.
- Dra. Alfonso Lora Espinosa. Pediatra. Centro de Salud Ciudad Jardín.
- Dr. Pedro Martín Muñoz. Pediatra EBAP. Consultorio de Palmete.
- Dr. Manuel Merino Moína. Pediatra. Centro de Salud El Greco.
- Dra. Luisa María Mingorance Sanjuán. Pediatra EBAP. Centro de Salud Plaza de Toros.
- Dr. Pablo Mola Caballero de Rodas. Pediatra. Centro de Salud de Luarca.
- Dr. José Luis Montón Álvarez. Pediatra. Centro de Salud Mar Báltico.
- Dra. Mª Carmen Monzón Fueyo. Pediatra. Centro Atención Primaria Clot.
- Dr. Juan José Morell Bernabé. Pediatra. Centro de Salud de Barcarrota.
- Dra. Amalia Nacher Fernández. Pediatra. Centro de Salud Barranquet.
- Dr. Andrés Nieto Conesa. Pediatra. Centro de Salud Fuente Álamo.
- Dr. Flor Ángel Ordóñez Álvarez. Pediatra. Centro de Salud de la Camocha.
- Dra. Inmaculada Pérez Castro. Pediatra de Atención Primaria. Centro de Salud de Vite.
- Dr. Juan Pericas Bosch. Pediatra. Centro de Atención Primaria La Mina.
- Dr. Antonio Pons Tubio. Pediatra. Centro de Salud Polígono Norte.
- Dr. Josep Mª Pujals Ferrus. Jefe Unidad de Pediatría. Centro de Atención Primaria Vila Olímpica. SAP S.L.
- Dra. Beatriz Real Rodríguez. Pediatra. EAP Paules-II.
- Dra. Georgina Rectoré Badaroux. Pediatra. Área Básica Sanitaria 3 de Santa Coloma de Gramanet.
- Dra. Anna Ristol Perxes. Unidad de Pediatría. Centro Atención Primaria Vila Olímpica. SAP S.L.
- Dra. Rosa Rodríguez Posada. Pediatra. Centro de Salud de Arriondas.

- Dr. Juan Manuel Sánchez Lastres. Pediatra de Equipo. Centro de Saude do Porriño.
- Dra. Claudia Marhuenda Irastorza. Médico Adjunto Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Dr. Lluís Sansa Pérez. Pediatra. Centro de Atención Primaria Fontetes.
- Dr. José Antonio Matute de Cardenas. Médico Adjunto Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Gregorio Marañón.
- Dr. Francisco Sarabia Escámez. Pediatra. Centro de Salud Santa Lucía.
- Dr. Roberto Méndez Gallart. Adjunto Servicio Cirugía Infantil. Hospital Juan Canalejo.
- Dr. Nicolás Torres Ramírez. Pediatra. Centro de Salud Galdar.
- Dr. José Miguel Morán Penco. Profesor Titular Vinculado. Facultad de Medicina. Hospital Infantil de Badajoz.

PANEL 4

- Dra. Pilar Abad Calvo. Adjunto Cirugía Pediátrica. Hospital Parc Taulí de Sabadell.
- Dr. Alberto Pérez Martínez. Adjunto. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.
- Dr. Luís Antón Hernández. Jefe de Sección. Hospital Virgen de Candelaria.
- Dr. Joan Rodó Salas. Jefe de Sección. Hospital Sant Joan de Déu.
- Dr. Marino Asensio Llorente. Cirujano Adjunto. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Dra. Montserrat Ros Miguel. Jefa Clínica Cirugía Pediátrica. Hospital de Girona Dr. Josep Trueta.
- Dr. Carlos Bardají Pascual. Jefe de Sección de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.
- Dr. Santiago Ruiz Company. Jefe de Departamento Cirugía Infantil. Hospital La Fe.
- Dr. Josep Antoni Blanco Domínguez. Adjunto Cirugía Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.
- Dr. Luis Sanchís Solera. Médico especialista. Hospital de la Ribera.
- Dr. Jorge Canals Riazuelo. Jefe Sección Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Prof. Dr. Félix Sandoval González. Jefe de Sección. Profesor Asociado. Hospital Marqués de Valdecilla.
- Dr. Indalecio Cano Novillo. Médico Adjunto Cirugía Infantil. Hospital Materno Infantil 12 de Octubre.
- Dr. Juan Antonio Tovar Larrucea. Jefe de Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario La Paz.
- Dr. Josep Maria Casasa Carbó. Jefe de Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Germans Trias i Pujol de Badalona.
- Dr. Ricardo Tracchia Becco. Jefe Servicio Cirugía Pediátrica. Hospital Ntra. Sra. Candelaria.
- Dra. Teresa Dargallo Carbonell. Médico Adjunto de Cirugía Pediátrica. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela.
- Dr. Juan Vázquez Estévez. Jefe del Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Gregorio Marañón.
- Dra. Marta de Diego Suárez. Adjunto Cirugía Pediátrica. Hospital de Terrassa.
- Dra. Paloma Alonso Cuesta. Vocal Asesor. Dirección General del INSALUD.
- Dr. Iñaki Eizaguirre Sexmilo. Médico Adjunto. Hospital Donostia.
- Dr. Julio César Alonso Lorenzo. Técnico Salud Pública. Gerencia de Atención Primaria Oviedo.
- Dr. Luis García Aparicio. Residente 5. Cirugía Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu.
- Dr. Ignasi Arbusà Gusi. Director Médico. Hospital General de Catalunya.
- Dr. Carlos García-Sala Viguer. Jefe Clínico. Hospital Infantil La Fe.
- Prof. Dr. Miguel Ángel Asenjo Sebastián. Director Técnico. Profesor Titular de Universidad. Hospital Clínico. Facultad de Medicina de la Universitat de Barcelona.
- Dr. Carlos Gutiérrez Segura. Médico Adjunto. Hospital Central de Asturias.
- Dr. Jesús M. Escudero Bueno. Director Médico. Gerencia Atención Primaria.
- Dr. Antonio Hernández Orgaz. Jefe de Sección Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil Virgen del Rocío.
- Dr. Josep Ganduxé Soler. Gerente. Hospital Sant Joan de Déu.
- Dr. Carlos Jiménez Álvarez. Jefe de Sección. Hospital Virgen de las Nieves.
- Dr. Antonio García Quintáns. Subdirector General de Atención Primaria. Servicio Gallego de Salud.
- Dr. Josep Lloret Roca. Médico Adjunto Cirugía Pediátrica. Hospital Universitari Vall d'Hebron.

PANEL 5

- Dr. José Manuel González Álvarez. Director Provincial. Servicio Gallego de Salud.
 - Dr. Rafael Lledó Rodríguez. Adjunto Dirección Médica. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.
 - Dr. Francisco José López Rois. Director General. División Asistencia Sanitaria. Servicio Gallego de Salud.
 - Dra. María Estrella López-Pardo y Pardo. Subdirectora General Planificación. Servicio Gallego de Salud.
 - Dr. Julio López-Picazo Ferrer. Gerencia de Atención Primaria de Murcia.
 - Dr. Milagros Marín Ferrer. Directora Médica. Hospital Materno-Infantil 12 Octubre.
 - Dra. María Dolores Martín Rodríguez. Técnico Salud. Gerencia de Atención Primaria Arriendas. INSALUD. Centro de Salud de Arriendas.
 - Dr. Ángel Martín Santos. Gerente Atención Primaria. Director Gerente. Gerencia Atención Primaria Pontevedra-Vigo.
 - Dr. Josep Martínez Ramírez. Jefe Servicio. Hospital de Barcelona.
 - Dr. Pere Monras Viñas. Adjunto a Presidencia. Corporació Sanitaria Parc Taulí de Sabadell.
 - Dr. Manuel Ángel Moreno Valero. Director Gerente. Gerencia Atención Primaria INSALUD. Cartagena.
 - Dr. José Ignacio Orive Iglesias. Director de Calidad Asistencial. Sanitas, S.A. de Seguros.
 - Dr. Alberto Pardo Hernández. Médico Inspector Equipo Central. Subdirección General Inspección Sanitaria. INSALUD.
 - Sr. Francisco Pérez Aguilar. Enfermero Unidad Docente. Gerencia Atención Primaria de Cartagena.
 - Dr. Jaume Pérez Payarols. Director Médico. Hospital Sant Joan de Déu.
 - Dr. Pere Plaja Román. Director Unidad Materno-Infantil. Hospital de Palamós.
 - Dr. Ramon Prats Coll. Director Programa Salud Materno Infantil. Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya.
 - Dr. Jordi Riba Hibernón. Gerente General. Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela.
 - Dr. Marc-Aureli Ribó Golobart. Director de Distrito de Atención Primaria. Distrito Sevilla-Este.
 - Dr. Ángel Sanz-Vírseda de la Fuente. Director Médico. Área 7 Atención Primaria. INSALUD.
 - Dr. Germán Seara Aguilar. Subdirector Provincial. Dirección General INSALUD.
 - Dr. Gaspar Tamborero Cao. Director de Planificación Sanitaria. Servei Balear de la Salut.
 - Dr. Victorino Zuazua Fernández. Director Médico. Gerencia de Atención Primaria de Oviedo.
- PANEL 6**
- Dra. María Consolación Arranz Gaité. Médico de Equipo de Atención Primaria. Centro de Salud Otero.
 - Dr. Álex Bassa Massanas. Director de Gestión Clínica y Calidad. Centro Atención Primaria Vila Olímpica. SAP S.L.
 - Dr. Antoni Bernal Cercos. Director EAP. ABS Apenins-Montigalà.
 - Dr. Álvaro Bonet Pla. Médico de Familia. Centro de Salud Salvador Pau.
 - Dr. Josep Davins Miralles. Director Equipo de Atención Primaria. Equipo Atención Primaria de Sant Adrià del Besos.
 - Dr. Alfonso de Miguel Gómez. Médico Responsable de Calidad. EAP La Unión.
 - Dr. José Fuentes Vigil. Médico de Familia. Área Sanitaria VIII Asturias.
 - Dr. Albert Ledesma Castellort. Médico de Familia y Gerente. ABS El Remei.
 - Dr. Jesús Martín Fernández. Coordinador Unidad Docente de Medicina de Familia. San Andrés.
 - Dr. Alfonso Carlos Medrano Ortega. Director Centro de Salud Utrera-Sur.
 - Dr. Carmen Moliner Prada. Médico de Familia. Centro de Salud Espinillo.
 - Dr. Rafael José Moya Santana. Médico de Familia. Centro de Salud Cerro del Águila.
 - Dr. Domingo Ojer Tsakiridu. Médico de Atención Primaria. Consultorio de Lada.
 - Dr. Enrique José Ortín Ortín. Médico de Familia. Centro de Salud Ceutí.
 - Dra. Clara Pareja Rossell. Médico de Familia. ABS La Mina.
 - Dra. Celia Quirós Bauset. Directora. Centro de Salud Eves.
 - Dr. Trinitario Ruíz Mompean. Coordinador Médico. Centro de Salud Molinos Marfagones.
 - Dr. Bernardo Seoane Díaz. Subdirector Médico. Hospital Xeral-Calde de Lugo.
 - Dr. José Ramón Vázquez Díaz. Coordinador Unidad Docente de Medicina Familiar. Hospital Universitario de Canarias.

PANEL 7

- Dra. Fuensanta Belmonte Avilés. Médico Adjunto. Centro Salud Mental y Atención a Drogodependencias de Cartagena.
- Dra. María Jesús Comellas Carbó. Profesora Titular. Facultad Ciencias de la Educación. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Dra. Carmen Domínguez Luengo. CIBBIM (PI-14). Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Dr. Víctor Pérez Candela. Jefe de Servicio de Radiología. Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.
- Dr. Luis Rajmil Rajmil. Técnico Superior. Agencia de Evaluación de Tecnología Médica de Barcelona.
- Dr. Ángel Ramos Macías. Jefe Sección Otorrinología. Complejo Hospitalario Materno Insular de Las Palmas.
- Dr. Francisco Bernardo Ramos Postigo. Jefe Vigilancia Epidemiológica. Dirección Área de Salud Pública. Area II de Murcia.
- Dra. María del Carmen Sabaté Bel. Médico Adjunto Servicio Rehabilitación. Hospital Universitario Canarias.
- Dr. Jorge Luis Tizón García. Jefe de Servicio de Salud Mental del Área de Sant Martí Nord.
- Sra. Núria Torregrosa Béjar. Asistente Social. Sabadell.
- Prof. Dr. Jordi Xercavins Montosa. Jefe de Servicio. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Sra. María del Pilar García Gómez. Responsable Enfermería Pediátrica. Centro de Salud Cartagena-Este.
- Sra. Purificación García Moreno. Enfermera de Pediatría. ABS Vall del Ges.
- Sra. Manuela Lucía Garzo Salvador. Profesora-Supervisora. Escuela Universitaria Enfermería. Hospital Central de Asturias.
- Sra. María Cruz Gutiérrez Díez. Enfermera de Pediatría. Centro de Salud de Infiesto.
- Sr. Fulgencio Iborra Sánchez. Supervisor Pediatría. Hospital Sta. María del Rosell.
- Sra. Ester Juanola Vivancos. Jefa de Área. Hospital Sant Jaume de Calella.
- Sra. Isabel Lezaun Burghi. Jefa Enfermera Oncología Pediátrica. Hospital Virgen del Camino.
- Sra. María Antonia López Hernández. Enfermera Clínica. Centro de Salud de Arriendas.
- Sra. Teresa López Pérez. Enfermera. Hospital Central Asturias.
- Sra. Mercè Maduell Cavallé. Directora Adjunta de Enfermería. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Sra. Marina Martínez Jiménez. Supervisora de Enfermería. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Sra. Laura Martínez Pérez. Enfermera UCI Pediátrica. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

PANEL 8

- Sra. Ana Alonso González. Enfermera de Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud Laviada.
- Sra. M^o Elena Barrientos García. Enfermera Coordinadora. Centro de Salud La Felguera.
- Sra. M^o Luz Blanco Gutiérrez. Enfermera de Pediatría de Atención Primaria. Centro de Salud de Contrueces.
- Sr. Jordi Cayetano Andrés. Director de Enfermería. Hospital Sant Joan de Déu.
- Sra. M^o Carme Cerdà Vila. Coordinadora Oncohematología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Sra. Caridad Cervantes Marín. Enfermera Pediatría. Centro de Salud Cartagena-Oeste.
- Sra. Montserrat Claveria Vinardell. Enfermera Experta en Pediatría. Consorci Sanitari de Maresme. Hospital de Mataró.
- Sra. Carme Colomé Virosta. Supervisora Toco-Gine-Pediatría. Hospital de Figueras.
- Sra. Dulce de Fuenmayor López. Directora de Enfermería. Hospital Clínic de Barcelona.
- Sra. Concepción Nicolás Bueno. Supervisora Enfermería. Hospital Clínico San Carlos.
- Sr. Carlos Ortín García. Enfermero Responsable Pediátrico. Centro de Salud Torre Pacheco.
- Sra. María Padró Hernández. Supervisora Enfermería Neonatología. Hospital Sant Joan de Déu.
- Sra. M^o de las Flores Pérez Juncosa. Enfermera Pediatría. Centro de Salud Ciudad Jardín.
- Sra. Montserrat Redondo Limiñana. Supervisora Enfermería. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Sra. Mercè Redondo Manjón. Jefa de Enfermería Materno-Infantil. Hospital General de Granollers.
- Sra. María Jesús Rodríguez García. Enfermera de Atención Primaria. Centro de Salud de Infiesto.
- Sra. Carmen Soria Cogollos. Enfermera Pediatría. Hospital Los Arcos.
- Sra. Montserrat Teixidor Freixa. Directora Escola Universitària Infermeria Sta. Madrona de la Fundació 'La Caixa'.

- Sra. Fuensanta Torregrosa Bertet. Enfermera. Hospital Universitario La Fe de Valencia.
- Sra. Roser Tosquella Amblas. Supervisora Nefrología. Hospital Universitari Vall d'Hebron.
- Sr. José Miguel Trujillo González. Coordinador Unidad Enfermería Neonatal. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.
- Sra. Antonia Villalba Cervantes. Supervisora de Enfermería. Consorci Sanitari de Terrassa.

PANEL 9

- Sra. Margarita Correa Delgado. Presidenta de la Asociación Síndrome de Down de Asturias.
- Sr. Carlos Cortaire Aristu. Presidente de la Asociación de Padres de Niños con Cáncer de Navarra (ADANO).
- Sra. Mónica Fernández Prada. Directora Técnica. Centro de Tratamiento de Autismo ADANSI.
- Dra. Rosa Ana Gómez-Cadiñanos Sainz. Presidenta de la Asociación Riojana de Familiares y Amigos de Niños con Cáncer (FARO). Médico de Urgencias. Hospital de la Rioja.
- Sr. Jesús María González Marín. Presidente de la Asociación de Padres de Niños con Cáncer de Valencia (SPANION).
- Sra. M^o Marta González Sánchez. Enfermera. Unidad de Salud Pública de Avilés.
- Sr. Jaume Larriba Montull. Director Programas Prevención y Reinserción. PDS-Promoció i Desenvolupament Social de Barcelona.
- Sr. Francisco Palazón Espinosa. Presidente. Asociación de Familiares de Niños con Cáncer de la Región de Murcia (AFACMUR).
- Sra. Immaculada Pladevall Cano. Enfermera. Hospital General de Vic.
- Sra. Esther Sabando Rodríguez. Presidenta. Asociación Madrileña contra la Fibrosis Quística.
- Sra. Olga Tassara Andrade. Trabajadora Social. Asociación de Padres de Niños con Cáncer de Sevilla (ANDEX).
- Sr. Félix Ángel Tolosana Pallás. Presidente de ASPANOA.

OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

2. **Objetivos y características generales**

2.1. Objetivos	29
2.2. Procedimientos y métodos	29
2.3. Invitados a participar	32
2.4. Participación	32
2.5. Calendario de realización	34

2. OBJETIVOS Y CARACTERÍSTICAS GENERALES

2.1. OBJETIVOS

El informe que se presenta recoge las valoraciones, deseos y pronósticos de un panel de 263 médicos generales, pediatras, especialistas, gestores, diplomados universitarios de enfermería y miembros de asociaciones de usuarios acerca de la tendencia evolutiva de una serie de factores y procesos cuya transformación, en el futuro inmediato, va a tener una destacada influencia en el conocimiento de las necesidades de desarrollo personal, desde la infancia a la edad adulta, de una parte muy relevante de la población española y para la actualización y la configuración profesional de la Pediatría en el futuro inmediato.

La Fundación Salud, Innovación y Sociedad, al compartir intereses comunes con la *Societat Catalana de Pediatria* –que lideró la iniciativa del proyecto– y la *Sociedad Española de Pediatría* –que lo acogió y articuló su extensión en todo el estado– en relación con la modernización de nuestro Sistema Público de Salud y de las profesiones sanitarias, ha encontrado una nueva oportunidad para proseguir su producción de análisis prospectivos del sector sanitario y de la Política Social, iniciada con la publicación de *Perfil, actitudes, valores y expectativas de los profesionales de la Atención Primaria en el siglo XXI*, en 1999 y de *Envejecimiento y Dependencia: Futuros Deseables y Futuros Posibles. Análisis Prospectivo*, en 2000, en esta misma colección³.

En esta ocasión el estudio que se da a conocer se propuso actualizar la visión estratégica, tanto de algunos determinantes significativos de la evolución de las necesidades sanitarias y sociales pediátricas, como de la naturaleza y condiciones de la organización de la práctica clínica de la Pediatría.

En concreto el Informe pretende identificar consensos y diferencias en las expectativas y pronósticos en relación con los siguientes grupos de cuestiones:

- La envolvente demográfica de las necesidades sanitarias y sociales, así como los rasgos emergentes en los nuevos patrones epidemiológicos.
- La anticipación de posibles cambios en la estructura, naturaleza y especificidad de las especialidades pediátricas.
- La transformación previsible de la gestión clínica y de la responsabilidad profesional en la mejora de la calidad del servicio.
- El desarrollo de los derechos y los valores bioéticos.
- El signo de la innovación organizativa y de la gestión.
- La trayectoria del "nuevo" Sistema Nacional de Salud tras la transferencia del INSALUD gestionado centralmente.

- La evolución de los ciclos de Formación y el posicionamiento estratégico de las principales líneas de la Investigación Biomédica.
- Las opciones de desarrollo e incentivos profesionales.

La elaboración de este estudio forma parte de las realizaciones prioritarias de la Fundación Salud, Innovación y Sociedad y ha sido patrocinado por Alimentos Infantiles SANDOZ.

2.2. PROCEDIMIENTOS Y MÉTODOS⁴

2.2.1 METODOLOGÍA DEL CONSENSO PROSPECTIVO DELPHI

Los resultados de esta investigación se han obtenido a partir del diseño, validación y ejecución de un proceso de consulta interactiva en dos etapas o rondas realizada siguiendo el método Delphi.

El Delphi es un método de consenso conocido y utilizado en la investigación sobre servicios sanitarios abarcando un amplio intervalo de aplicaciones: desde la toma de decisiones clínicas –guías de buena práctica– a la realización de predicciones sobre opciones estratégicas relevantes o la generación de hipótesis sobre alternativas de comportamiento en financiadores, proveedores o usuarios.

El propósito de la técnica Delphi es realizar consultas en rondas sucesivas para suscitar algún tipo de "acuerdo" en el seno de un grupo de expertos (panelistas) seleccionados según criterios que acrediten conocimiento y experiencia de los miembros del panel en las cuestiones comprendidas en la investigación.

En la consulta prospectiva que nos ocupa se ha empleado una secuencia de dos cuestionarios estructurados que permiten obtener consensos y evidenciar divergencias de opinión, identificar tendencias y revelar deseos y expectativas de ocurrencia de sucesos en el horizonte de los próximos 12 años.

En la realización de un proceso Delphi los panelistas son objeto de consulta por correo electrónico o postal y el conocimiento de su identidad es preservado por el equipo responsable de la investigación hasta la finalización de la consulta. Esto evita la interacción directa entre participantes y, por tanto, excluye cualquier tipo de influencia entre ellos. Además, de esta forma se amplía la oportunidad de participación de panelistas con residencia alejada y elimina el sesgo que producen los participantes más articulados cuando la consulta se realiza en concurrencia presencial.

³ Todos disponibles para su acceso y descarga en la red en <http://www.fundsis.org>.

⁴ En CD-ROM y <http://www.fundsis.org>, se presenta una versión más exhaustiva del apartado de procedimientos y métodos.

Al concluir la primera ronda, los resultados han sido analizados y devueltos en la segunda ronda a cada consultado a fin de que reconsidere sus predicciones a la vista de su respuesta y en relación con la posición del conjunto panel observadas en la primera ronda. El consenso o la discrepancia se obtiene mediante procedimientos de valoración, medidas de agregación y eliminación de posiciones extremas que se han explicitado al inicio de la investigación.

A efectos de interpretación y representación gráfica de los resultados, las respuestas a cada cuestión se agrupan del modo siguiente:

- **Unanimidad.** Cuando todo el colectivo consultado efectúa idéntica predicción.
- **Consenso.** Cuando al menos las 8/10 partes del colectivo consultado realizan la misma predicción sin alcanzar la unanimidad.
- **Mayoría.** Cuando la misma predicción es realizada por una amplia mayoría de los miembros del colectivo consultado; esto es, entre al menos las 2/3 y menos de 8/10 partes del colectivo.

- **Discordancia o discrepancia** se considera para el resto de situaciones posibles; es decir, cuando un mismo pronóstico no es compartido por, al menos, las 2/3 partes del panel.

2.2.2 CUESTIONARIOS Y DATOS

Esta investigación abarca ocho ámbitos temáticos que se corresponden con los capítulos 3 a 10 de este informe. A partir de las propuestas temáticas y de las cuestiones elaboradas por la Dirección Técnica, el Grupo Director y el Grupo Asesor y de la validación realizada con el Grupo de Interlocutores Institucionales, el desarrollo de los ámbitos temáticos ha dado lugar a 20 apartados que encabezan una serie de 245 enunciados o preguntas con respuestas de elección múltiple⁵.

De acuerdo con los criterios definidos por los grupos Director y Asesor de la investigación, cada apartado del cuestionario sólo ha sido administrado a los paneles cuyas características garantizaban razonablemente que los profesionales consultados disponían de un grado de experiencia suficiente para ser incluidos en un panel Delphi. La tabla 2.2.2.a refleja qué apartados del cuestionario han sido consultados a los expertos de cada panel.

Tabla 2.2.2.a. Distribución y estructura de los cuestionarios

RONDA / FASE	Delphi	Capítulos
Primera	Panel 1	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Panel 2	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Panel 3	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Panel 4	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Panel 5	I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII
	Panel 6	I, II, III, IV, V, VI, VII
	Panel 7	I, II, III, IV, V, VI, VII
	Panel 8	I, II, III, IV, V, VI
	Panel 9	III.3, IV, VI
Segunda	Ídem Primera ronda.	Ídem Primera ronda.

Nota: los resultados de los capítulos I a VIII de los cuestionarios se presentan en los capítulos 3 a 10 del informe.

⁵ Los cuestionarios también incluyen un apartado en el que los participantes han podido escribir sin limitación las observaciones y comentarios que han considerado oportunos.

2.2.2.1 MATRIZ DE DATOS ANALIZADOS

El análisis se ha realizado a partir de las respuestas resultantes al final de la última ronda. Cuando una cuestión no ha alcanzado el consenso se han tomado las frecuencias de las respuestas obtenidas en la segunda ronda. Así en las preguntas en las que ha habido consenso se han utilizado las respuestas registradas en la ronda en que se ha alcanzado un acuerdo de al menos el 80% de los participantes. Cuando la formulación inicial de un ítem se ha modificado, se han tomado las respuestas a las cuestiones redactadas en el cuestionario de la segunda ronda⁶.

El tamaño final del panel viene definido por el número de profesionales que han participado en las dos rondas. Por

ello, los resultados finales correspondientes a cada cuestión corresponden a las opiniones y predicciones del panel final.

El análisis de los datos se ha realizado contando con las 245 variables componentes de los cuestionarios más dos variables independientes que caracterizan a los miembros de los paneles de expertos: panel o perfil de pertenencia (grupo profesional) y género.

La tabla que sigue resume el número de ítems de cada capítulo que han sido objeto de análisis, indicando en cuántos se ha alcanzado consenso y en qué ronda se logró. Nótese que la desaparición de un ítem sólo puede estar motivada por haber alcanzado la unanimidad o el consenso en la primera ronda.

Tabla 2.2.2.b. Ítems de respuesta unánime y consensuados en el estudio Delphi

CAPÍTULO		Primera ronda		Segunda ronda		Total estudio		Total ítems
		Unanim.	Consen.	Unanim.	Consen.	Unanim.	Consen.	
I	I.1	-	1	-	1	-	2	8
	I.2	-	4	-	3	-	7	13
II	II.1	-	11	-	2	-	13	20
	II.2	-	7	-	3	-	10	14
III	III.1	-	4	-	-	-	4	10
	III.2	1	5	-	4	1	9	16
	III.3	-	6	-	4	-	10	12
IV	IV.1	-	3	-	3	-	6	8
	IV.2	3	2	-	3	3	5	8
V	V.1	-	5	-	1	-	6	14
	V.2	-	4	-	2	-	6	10
VI	VI.1	-	14	-	5	-	19	30
	VI.2	-	3	-	2	-	5	6
VII	VII.1	-	5	-	-	-	5	10
	VII.2	-	-	-	-	-	-	8
	VII.3	-	5	-	3	-	8	10
	VII.4	-	-	-	1	-	1	15
VIII	VIII.1	-	-	-	1	-	1	9
	VIII.2	-	4	-	4	-	8	12
	VIII.3	-	3	-	4	-	7	12
TOTAL		4	86	0	46	4	132	245

Nota: los resultados de los capítulos I a VIII de los cuestionarios se presentan en los capítulos 3 a 10 del informe.

⁶ Esta circunstancia sólo se ha producido en el apartado VII.4 del cuestionario (Líneas de investigación prioritarias). Las cuestiones de este apartado que aparecen en el cuestionario de la segunda ronda han sido formuladas a partir de las líneas de investigación prioritarias que cada experto ha pronosticado en la primera ronda de la consulta.

2.2.3 MÉTODOS ESTADÍSTICOS

Para facilitar una interpretación cualitativa de los resultados, las tablas que figuran en los capítulos tercero al décimo ofrecen una representación iconográfica de los mismos. En CD-ROM se presentan, además, las frecuencias relativas de las clases de respuesta de todos los ítems componentes del cuestionario y algunos resultados detallados del *cluster analysis*.

Se han aplicado varias técnicas estadísticas para probar si existe homogeneidad en las diferentes variables entre grupos independientes definidos por las características del panel (género, etc.). Para todos los tests se ha tomado un riesgo $\alpha \leq 5\%$ como umbral de significación estadística y cuando $5\% \leq \alpha \leq 1\%$ se ha considerado una significación estadística dudosa.

La variable panel de pertenencia o grupo profesional ha sido estructurada en dos categorías: (1) pediatras (de hospitales infantiles, de hospitales generales, extrahospitalarios y cirujanos pediátricos); y (2), otros profesionales (directivos y gerentes⁷, médicos de familia, otras especialidades médicas, enfermería pediátrica y representantes de entidades y asociaciones vinculadas a la pediatría).

La técnica del *cluster analysis* tiene como objetivo definir grupos de individuos con un patrón de respuesta o posición de grupo similar respecto a un conjunto de cuestiones. Para ello, se toma a un colectivo de individuos miembros del panel de expertos descrito por un cierto número de características. En este caso ítems de pronóstico incluidos en cada apartado.

El objetivo de esta técnica es tratar de buscar una partición de este conjunto de individuos en un número pequeño de grupos tan homogéneos como sea posible y que, al mismo tiempo, los grupos de individuos sean tan heterogéneos entre sí como sea posible respecto a los ítems de opinión que intervienen en cada análisis.

Para que el *cluster analysis* resulte suficientemente ilustrado se han desestimado los resultados con un porcentaje de no respuesta superior al 15% y los que no alcanzan a explicar el 60% de la varianza del conjunto del panel⁸.

2.3. INVITADOS A PARTICIPAR

Se invitó a participar a especialistas y profesionales a partir de las propuestas de candidatos de los grupos Director, Asesor e Interlocutores Institucionales de acuerdo con el siguiente perfil:

Profesionales de ambos géneros, sin limitación de edad, ejerciendo en alguno de los territorios correspondientes a los organismos y autoridades sanitarias que aceptaron tomar parte o dar apoyo institucional al estudio.

De esta manera se configuraron nueve paneles agrupados del modo siguiente:

- **Panel 1.** Pediatras que ejercen en hospitales generales.
- **Panel 2.** Pediatras que ejercen en hospitales infantiles.
- **Panel 3.** Pediatras que ejercen su profesión en centros de atención primaria y extrahospitalarios en general.
- **Panel 4.** Cirujanos pediátricos.
- **Panel 5.** Directivos y gerentes de centros sanitarios.
- **Panel 6.** Médicos de familia.
- **Panel 7.** Profesionales de otras especialidades médicas próximas a la pediatría: Ginecología, Psiquiatría Infantil, Medicina Interna, Epidemiología, Otorrinología y Radiología.
- **Panel 8.** Enfermeras especializadas en pediatría.
- **Panel 9.** Representantes de entidades y asociaciones de pacientes y allegados.

Los paneles 1 a 4 agrupan a médicos que ejercen la Pediatría o alguna de sus subespecialidades, mientras que los paneles 5 a 9 agrupan al resto de participantes en la consulta.

Con este perfil se invitó a 298 expertos, de los que han finalizado el estudio 263 (88,3%).

2.4. PARTICIPACIÓN

Todos los panelistas invitados participaron en la primera ronda, por lo que se obtuvo una tasa de respuesta del 100%. Esto se explica porque en una sola acción (un solo envío) los panelistas se comprometieron a colaborar y, como muestra de ello, devolvieron el cuestionario de la primera ronda contestado.

Las características más destacables del colectivo de expertos que aceptó la invitación a participar en el Delphi son las siguientes:

⁷ 8 Miembros del panel 5 (Directivos y Gerentes) son también pediatras. Sin embargo, todos los miembros de este panel se han clasificado dentro del grupo profesional de "no pediatras" dado que su inclusión en el panel de expertos ha sido debida exclusivamente a su condición de directivos o gerentes de centros sanitarios.

⁸ Entre los *cluster analysis* que superan estos criterios, el informe únicamente recoge aquellos cuya interpretación aporta información relevante para la investigación.

- Casi el 60% – 152 expertos – residen entre Cataluña, Asturias y Madrid aportando un contingente de 77, 45 y 30 expertos cada una respectivamente. El resto se distribuye mayoritariamente entre Galicia – 22 expertos –, Andalucía – 20 expertos –, Murcia – 20 expertos –, Canarias – 14 expertos – y Valencia – 10 expertos –; Castilla-León aporta 6 expertos; Navarra, País Vasco y Zaragoza aportan 4

expertos cada una; Cantabria, Extremadura y Islas Baleares aportan 2 expertos cada una y la Rioja aporta uno.

- Predominan ligeramente los panelistas varones (63,5%). Esto también es así en la mayoría de paneles excepto en los paneles correspondientes a Enfermería Pediátrica (31 mujeres de 35 panelistas) y entidades y asociaciones vinculadas a la pediatría (7 mujeres de 12 panelistas).

Tabla 2.4. Tasa de respuesta de los paneles de expertos

PANEL	Participantes		Tasa Respuesta
	Primera Ronda	Segunda Ronda	
Panel 1	31	29	93,5%
Panel 2	42	37	88,1%
Panel 3	67	59	88,1%
Panel 4	36	31	86,1%
Panel 5	35	30	85,7%
Panel 6	22	19	86,4%
Panel 7	13	11	84,6%
Panel 8	38	35	92,1%
Panel 9	14	12	85,7%
Total Delphi	298	263	88,3%

2.4.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS ABANDONOS

Los 35 abandonos registrados presentan las siguientes características:

- De 2 expertos no consta la Comunidad Autónoma de procedencia. Por lo que respecta al resto, casi la mitad son de Cataluña (15/33), 4 de Madrid, 4 de Andalucía y el resto se reparte entre Canarias (3/33); Asturias, Extremadura y Murcia con 2 cada una y Zaragoza con 1.
- 19 de los 35 expertos que abandonan el estudio son varones.

Sin embargo, no se han observado diferencias estadísticamente significativas entre los panelistas que han abandonado la investigación en la primera ronda y los que han llegado al término de la investigación respecto al panel de pertenencia, género y Comunidad Autónoma de ejercicio profesional.

2.5. CALENDARIO DE REALIZACIÓN

El diagrama 2.5 refleja la secuencia de desarrollo de la investigación. Durante los meses de diciembre de 2000 y marzo de 2001 se precisaron los objetivos del proyecto, se crearon los grupos de trabajo y se definió el protocolo de la investigación. Asimismo, se procedió a la elaboración de cuestionarios, al diseño de paneles y muestras, y se elaboraron los procedimientos de gestión de la primera ronda del trabajo de campo.

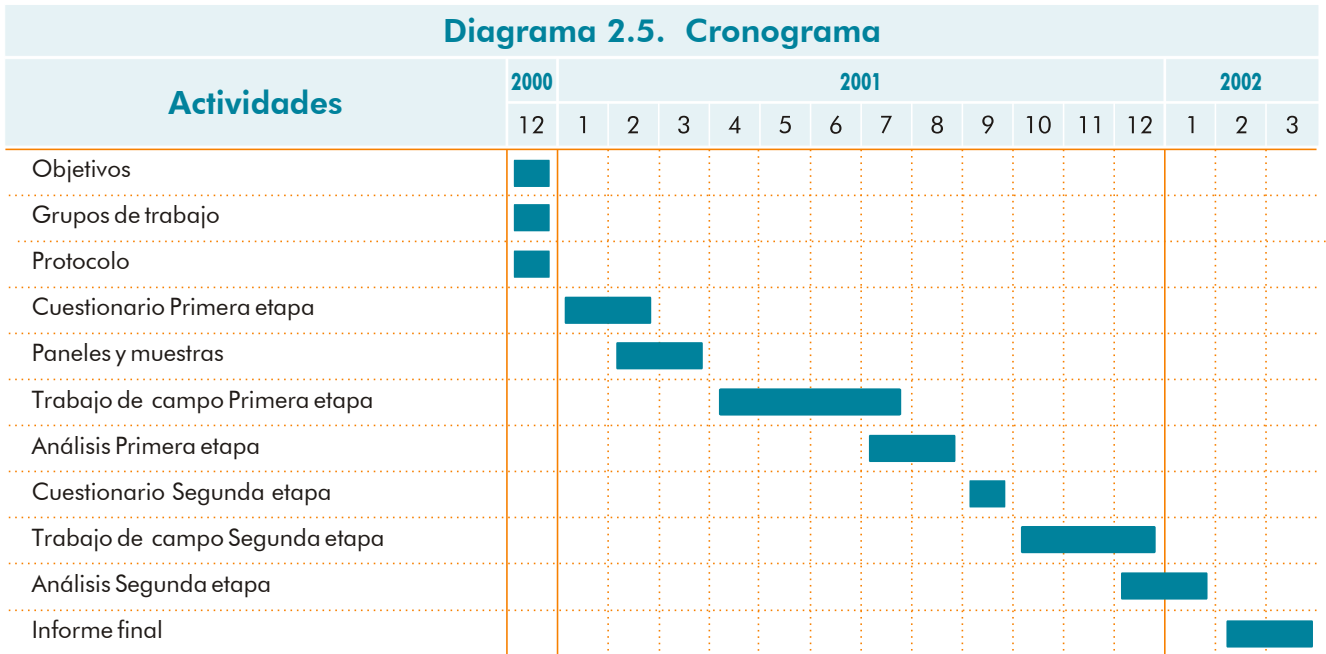
De abril a julio de 2001 se realizó la primera ronda del trabajo de campo, consistente en el envío, seguimiento, recepción, validación, registro de los cuestionarios recibidos y análisis de los datos de la primera ronda.

Después de la pausa del periodo vacacional de verano, en el mes de septiembre, con el apoyo de los grupos director y asesor, se valoraron los resultados obtenidos en la primera ronda, y se procedió a la elaboración del cuestionario de la segunda etapa.

El trabajo de campo de la segunda ronda tuvo lugar entre los meses de octubre y diciembre de 2001.

Finalmente el análisis de datos así como la redacción del informe técnico, se realizó entre los meses de enero y marzo de 2002.

Diagrama 2.5. Cronograma



3

DEMOGRAFÍA Y PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES

3.	Demografía y problemas de salud emergentes	
	3.1. Características demográficas	38
	3.2. Dimensiones sanitarias y epidemiológicas.....	40

3. DEMOGRAFÍA Y PROBLEMAS DE SALUD EMERGENTES

Con creciente pujanza la atención colectiva a la salud infantil y juvenil rebasa el ámbito estrictamente clínico para enfocarse en el conocimiento de los factores de riesgo y en la prevención de accidentes y de abusos físicos, emocionales y sociales así como en la promoción efectiva del bienestar y la protección de sus derechos por medio de la integración de disciplinas, recursos y servicios públicos y voluntarios de naturaleza sanitaria, educativa y de protección social y jurídica.

El comportamiento de la demografía y la emergencia o recrudescimiento de patologías y factores de riesgo estrechamente asociadas a la desigualdad de oportunidades para el desarrollo personal sano, constituyen referentes de primera magnitud para la comprensión de la transformación de la Pediatría, de su capacidad de respuesta y de resolución a nuevas necesidades y problemas sanitarios de la población pediátrica.

La consulta planteó a los participantes una serie de hipótesis sobre posibles tendencias de naturaleza demográfica y, también, de contenido epidemiológico.

La unanimidad con la que se comparte la opinión de que será la tasa de natalidad de la población emigrante la principal variable explicativa de una eventual recuperación de la tasa general de la natalidad en España merece ser señalada y tomada en consideración.

También destaca el alto nivel de consenso registrado en el señalamiento de factores de un alto poder discriminativo en relación con la desigualdad y la clase social y los ingresos familiares.

Efectivamente los consultados señalan un aumento de la desestructuración familiar, de las interrupciones voluntarias de embarazos en adolescentes, de los accidentes, las patologías psicosociales y la reaparición de enfermedades infecciosas. Y muestran una elevada sensibilidad y conciencia acerca de la persistencia –cuando no el pronóstico de exacerbación– de situaciones contrarias a la equidad y a la igualdad de oportunidades en la promoción de la salud, la prevención y el acceso a los servicios sanitarios relevantes.

3.1. CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

El primer bloque de solicitudes de pronóstico tomó la evolución demográfica y sus consecuencias como referente, consensuándose en la primera consulta un pronóstico de aumento del número de niños con familias desestructuradas.

Son reveladoras las mayorías obtenidas acerca del crecimiento de la tasa de natalidad de la población emigrante en relación con la autóctona y del aumento –según un 79,1% de los panelistas– de las interrupciones del embarazo en adolescentes.

Sólo una minoría (6,0%) de consultados espera que disminuya la edad de las mujeres que tiene su primer hijo y el número de parejas sin hijos (15,2%).









El *cluster analysis* configura dos grupos de opinión diferenciados (diagrama 3.1). El mayoritario (61,1%)

–segundo grupo– refleja la opinión predominante de los pediatras ($p < 0,001$).

Con respecto a las predicciones que realiza el grupo minoritario (38,9%), la opinión del "grupo de pediatras" (segundo grupo) se decanta a pronosticar un mayor aumento de la edad de las mujeres que tienen su primer hijo, del número de parejas sin hijos, del número de niños con padres separados y parejas desestructuradas, del número de embarazos en adolescentes y del número de interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes.

En cambio, el primer grupo –en el que se alinea la mayoría de los expertos que no son pediatras– se distingue por predecir una mayor coincidencia en la predicción de aumento de la tasa de natalidad autóctona, frente al pronóstico del "grupo de pediatras" que predice su estancamiento o disminución.

Tabla 3.1. Características demográficas

1.1.- ¿Cómo cree que evolucionarán las siguientes características demográficas durante los próximos 12 años?	RESULTADOS
1.- La edad de las mujeres que tienen su primer hijo.	
2.- El número de parejas sin hijos.	
3.- El número de niños con padres separados y familias desestructuradas.	
4.- El número de embarazos en adolescentes.	
5.- El número de interrupciones voluntarias del embarazo en adolescentes.	
6.- La tasa de natalidad.	
7.- La tasa de natalidad de la población autóctona.	
8.- La tasa de natalidad de la población emigrante.	





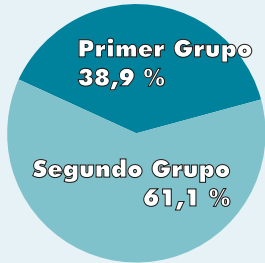
RESPUESTAS	CLAVE	LEYENDA
	Aumento	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
	Sin Variación	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
	Disminución	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
	Discrepancia	Resto de situaciones. Ninguna opción alcanza el acuerdo de la mitad o más de los consultados.

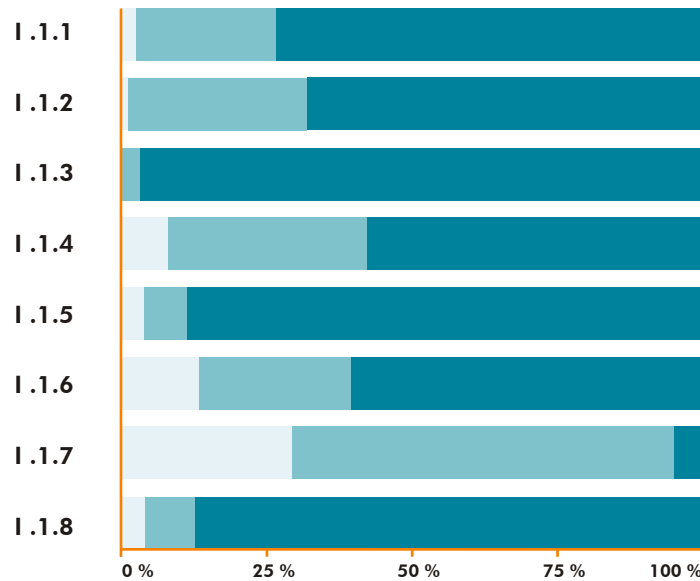
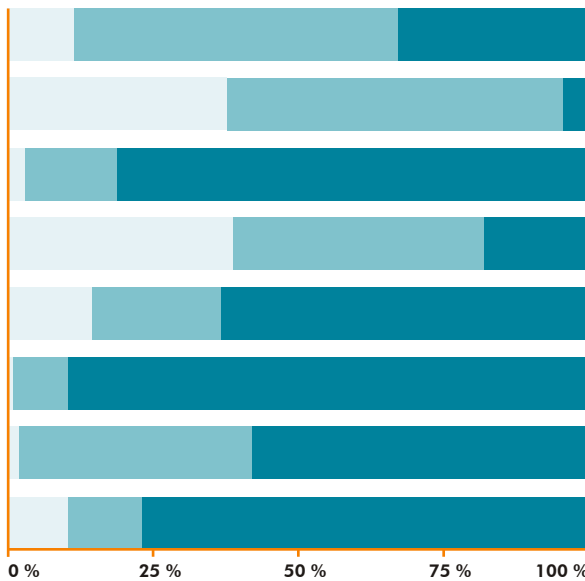
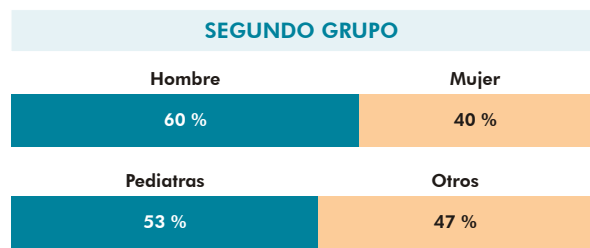
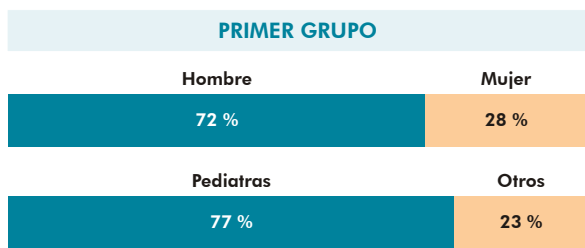
Diagrama 3.1. Características demográficas



El **cluster analysis** revela dos grupos de opinión que comprenden un 97,2% de casos válidos y explican un 69,4% de la varianza conjunta.

El primer grupo incluye el 38,9% (N=95) del conjunto de expertos, mientras que el segundo grupo representa el 61,1% (N=149).

Entre ambos se observan diferencias estadísticamente significativas en su composición profesional ($p=0,0002$) y las diferencias según el género son de significación dudosa ($p=0,07$).



3.2. DIMENSIONES SANITARIAS Y EPIDEMIOLÓGICAS

En relación con el mismo telón de fondo de la evolución que los consultados esperan que va a tener la población, destacan los consensos acerca del aumento de los años de vida de los niños discapacitados y los enfermos crónicos, y – asimismo – del pronóstico de incremento de las enfermedades mentales en niños y adolescentes.

En la línea de pronósticos de mejora cabe situar cerca del 74% que muestran esperanza en la disminución del número de niños VIH+.

De particular interés es el pronóstico de emergencia de nuevas patologías infecciosas causadas por el desarrollo de resistencia a los antibióticos, al tiempo que más de las tres cuartas partes de los panelistas pronostican la reducción continuada de las enfermedades infecciosas con cobertura vacunal, como patrón general.

Una amplia mayoría (85,5%) coincide en señalar el aumento de la anorexia y bulimia y de las hipercolesterolemias en los adolescentes.

Cerca de un 61% no espera variación en la actual incidencia de la patología tumoral en la población pediátrica.

En cambio un 40,8% espera que aumente la dotación de unidades hospitalarias intensivas de elevada complejidad para patologías neonatales y episodios graves de patología infantil.

La recomendación de lactancia materna irá en aumento de acuerdo con un 78,3% de los consultados.

Mediante *cluster analysis* se identifican dos grupos de opinión de tamaño parecido, 53,4% y 46,6%, que no muestran diferencias estadísticamente significativas en su composición profesional y género.

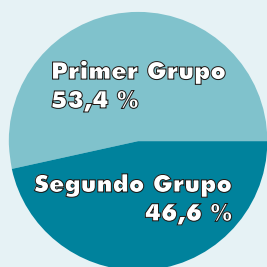
Tal como se observa en el diagrama 3.2, el primer grupo pronostica un mayor aumento de: (1), la tendencia de la patología neoplásica y tumoral en niños y adolescentes y (2), la evolución de las unidades hospitalarias de elevada complejidad. Sin embargo, una proporción mucho mayor de los expertos del primer grupo considera que la protección vacunal no continuará reduciendo la incidencia de enfermedades infecciosas en la infancia.

Tabla 3.2. Dimensiones sanitarias y epidemiológicas

I.2.- ¿Cómo cree que evolucionarán las siguientes dimensiones sanitarias y epidemiológicas durante los próximos 12 años?	RESULTADOS
1.- La supervivencia de los niños discapacitados y/o con enfermedades crónicas.	↑
2.- Las hipercolesterolemias en niños y adolescentes.	↑
3.- La patología neoplásica y tumoral en niños y adolescentes.	=
4.- Los accidentes como causa de mortalidad y morbilidad entre los niños y adolescentes.	↑
5.- Los problemas de salud mental en niños y adolescentes.	↑
6.- La anorexia y bulimia en adolescentes.	↑
7.- La reducción de enfermedades infecciosas típicas de la infancia como consecuencia de la protección vacunal.	↑
8.- La emergencia de nuevas patologías infecciosas causadas por resistencia a antibióticos y/o nuevos hábitos sociales.	↑
9.- El número de niños VIH+.	↓
10.- Los problemas de salud infantil y adolescente de origen social: situaciones de abandono, absentismo, fracaso escolar, desnutrición, malos tratos, abusos sexuales, violencia infantil-juvenil, etc.	↑
11.- Las unidades hospitalarias de elevada complejidad para atender enfermedades neonatales y episodios graves de patología infantil.	=
12.- Los programas de educación sanitaria dirigidos a adolescentes (sexualidad, sida, drogas, prevención de accidentes, etc.).	↑
13.- El número de pediatras que recomiendan activamente la lactancia materna.	↑

RESPUESTAS	CLAVE	LEYENDA
↑	Aumento	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
=	Sin Variación	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
↓	Disminución	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
◐	Discrepancia	Resto de situaciones. Ninguna opción alcanza el acuerdo de la mitad o más de los consultados.

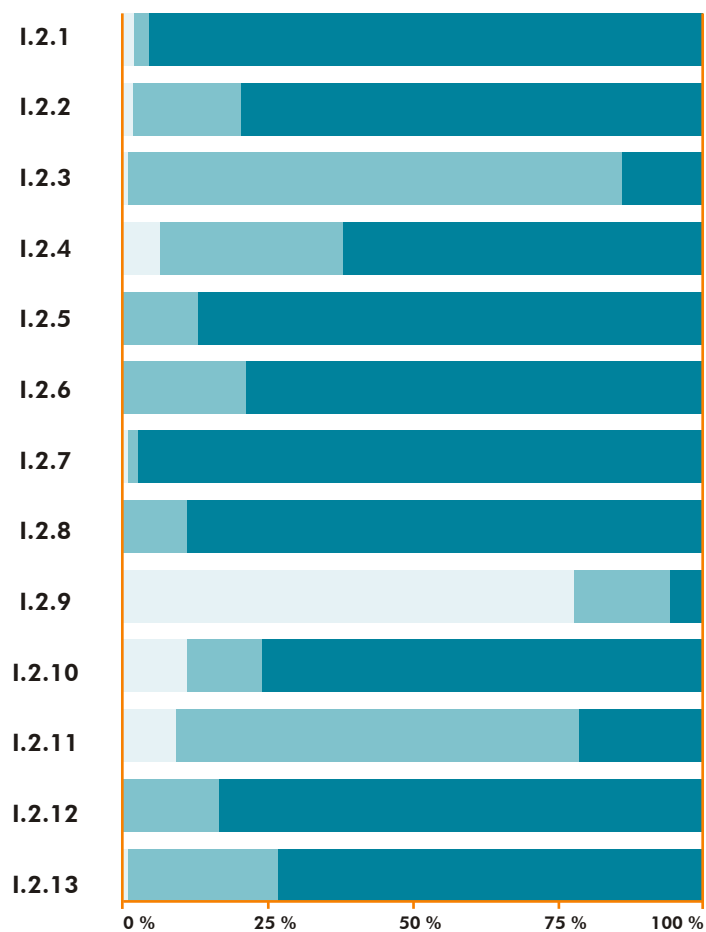
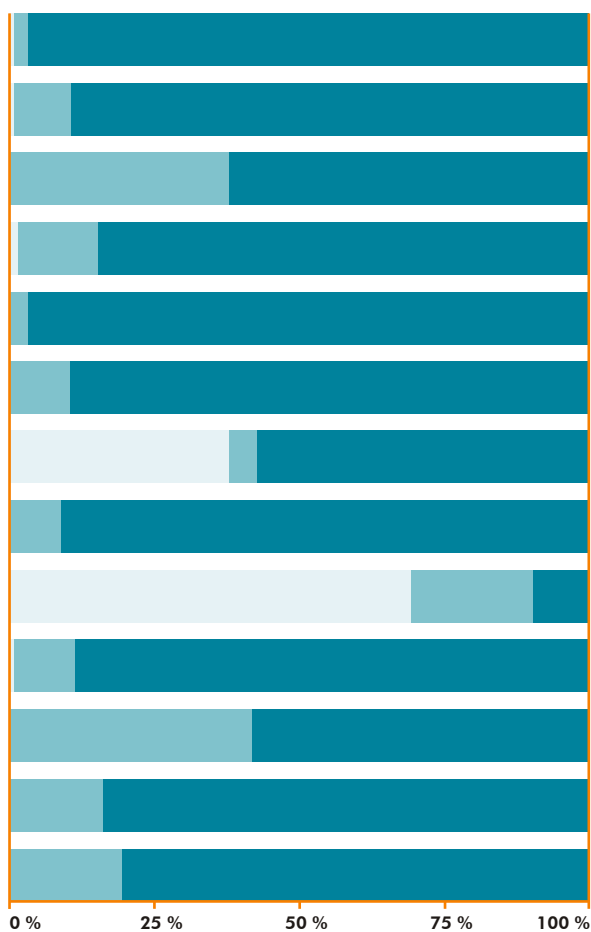
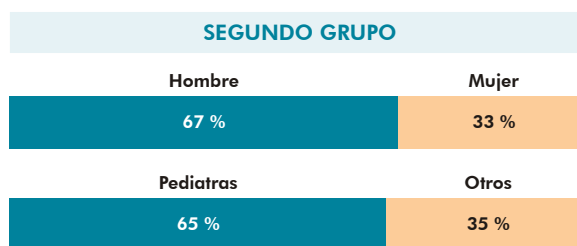
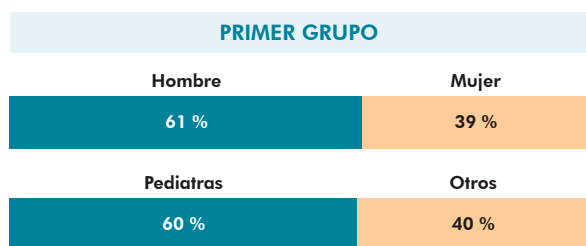
Diagrama 3.2. Dimensiones sanitarias y epidemiológicas



El **cluster analysis** revela dos grupos de opinión que comprenden un 92,4% de casos válidos y explican un 64,3% de la varianza conjunta.

El primer grupo incluye el 53,4% del conjunto de expertos (N=124), mientras que el segundo representa al 46,6% (N=108).

No se encuentran diferencias significativas según el género ($p=0,4$) o composición profesional ($p=0,6$).



Disminución Sin Variación Aumento

ESTRUCTURA Y ESPECIFICIDAD DE LA PEDIATRÍA

4.

Estructura y especificidad de la pediatría

- 4.1. Oportunidades de desarrollo de la
especialidad 46
- 4.2. Amenazas potenciales al desarrollo
de la especialidad 48

4. ESTRUCTURA Y ESPECIFICIDAD DE LA PEDIATRÍA

En un mundo en rápida transformación, globalizado y con un desarrollo sin precedentes de la comunicación por medio de la conectividad electrónica es difícil imaginar algún estancamiento para el desarrollo de las profesiones y especialidades médicas.

La Pediatría y sus ramificaciones especializadas no van a ser una excepción en este proceso de cambio y, en consecuencia, constituye una valiosa información conocer la proyección del "deseo" y el pronóstico de lo que "realmente se espera que ocurra" acerca de hechos, desarrollos y transformaciones con un impacto probable – o considerado como probable por los participantes – en la configuración de su naturaleza y su contenido en el futuro inmediato.

Algunos de los factores de cambio propuestos a los participantes reproducen algún estereotipo frecuentemente referido entre los profesionales: a más salud ¿menos actividad?

Otros se refieren al desarrollo de especialidades que se ven, según diferentes puntos de vista, e intereses profesionales como complementarios, contrariamente, como sustitutivo: la Psiquiatría Infantil, ¿es complementaria o sustitutiva de la Pediatría, especialmente de la denominada "Pediatría Social"?

Y otros, aún, se refieren al desarrollo de la Pediatría y su crecimiento en la asunción de responsabilidades y de compromiso social, como la propuesta de que el pediatra asuma un papel de "gestor de casos" en la selección y asignación de la diversidad – con frecuencia inconexa– de los recursos sanitarios y sociales existentes y en experimentación.

Acercas de esta última eventualidad los consultados mostraron una nítida división de opiniones y de actitudes, con una ligerísima ventaja de los favorables a ampliar los límites convencionales de la formación y la práctica clínica.

4.1. OPORTUNIDADES DE DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD

Los diversos grupos de panelistas fueron consultados para tratar de establecer "trazadores" o factores de alerta en la evolución estratégica de las especialidades pediátricas, agrupando las cuestiones en dos grandes bloques correspondientes a factores de desarrollo positivo – "oportunidades" – y "amenazas u obstáculos".

El mayor consenso por lo que se refiere a las "oportunidades" o factores favorables se observa en el pronóstico de impacto positivo que va a suponer la adopción generalizada de la tecnología de la información para los profesionales.

Asimismo se alcanzan destacados consensos en el futuro del ejercicio de la Pediatría en Atención Primaria, donde se observan proporciones de respuesta cercanos entre lo que se desea y lo que se pronostica que realmente va a ocurrir por lo que respecta al aumento en la autonomía y la capacidad de resolución de los pediatras y en la exigencia, por parte de los padres, de que sus hijos sean atendidos por esos especialistas.

Los pronósticos de consenso en el ámbito hospitalario se refieren al progreso de las técnicas de cirugía perinatal, respaldados por el 85,9% de acuerdo en la predicción acerca de la facilitación, por medio de avances tecnológicos, de la viabilidad de fetos de peso cada vez más reducido fuera del seno materno.

En esta tónica de predicciones de desarrollo conviene subrayar el contraste con la escasa proporción de acuerdo (18,8%) en la influencia del avance tecnológico diagnóstico

y terapéutico en la creación de nuevos hospitales monográficos infantiles, a pesar de que más de la mitad de los consultados desearía que ocurriera lo contrario.

A destacar la mayoría con la que se expresan deseos (81,4%) y creencias en la ocurrencia real (77%) de la creación de una subespecialidad pediátrica enfocada a la atención a los adolescentes.





















Los contrastes entre lo que se espera que ocurra y lo que se piensa que ocurrirá en la realidad aportan perspectivas de interés.

Así el destacado consenso en el deseo de que la población pediátrica sea intervenida quirúrgicamente por cirujanos pediátricos se ve prácticamente reducido en un tercio en términos de lo que se cree que realmente ocurrirá.








Aunque la responsabilidad pediátrica establecida por la Academia Americana de Pediatría –que se extiende hasta la edad de 21 años– logra la adhesión de casi tres cuartas partes de los consultados, menos de una cuarta parte de los consultados predice que tal convención vaya a adoptarse en España.

Finalmente llama la atención el contraste entre el 51,8% que desearía que el pediatra tomara en sus manos la gestión completa de todos los recursos sanitarios y sociales indicados para sus pacientes y el 16,3% de los que pronostican que eso se llegará realmente a presenciar en el horizonte temporal de la consulta.

Tabla 4.1. Oportunidades de desarrollo de la especialidad

II.1.- Exprese su adhesión (S) o rechazo (N) en relación con las siguientes oportunidades de desarrollo de la especialidad a 12 años vista, distinguiendo entre sus propios valores o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"-.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- El pediatra de atención primaria asumirá la función de gestor único de los recursos sanitarios y sociales para niños y adolescentes.		
2.- El acceso generalizado a Internet y las posibilidades que ofrece la telemedicina permitirán al pediatra incrementar su nivel de conocimientos y capacidad de resolución.		
3.- En los centros de salud, los padres exigirán de manera cada vez más creciente que los niños sean atendidos por un pediatra.		
4.- Con referencia a la edad pediátrica se aceptará profesional y socialmente la posición de la Academia Americana de Pediatría ⁽¹⁾ .		
5.- Se desarrollará una subespecialidad de la pediatría dedicada a la atención de adolescentes.		
6.- La introducción de nuevas técnicas e instrumentos quirúrgicos conducirá a un progreso sin precedentes de la cirugía pediátrica perinatal.		
7.- El mayor acceso a medios y técnicas diagnósticas y terapéuticas más eficaces aumentará la capacidad resolutoria autónoma del pediatra de atención primaria.		
8.- La neonatología altamente especializada experimentará un nuevo desarrollo con la introducción de técnicas que harán viables fuera del seno materno fetos de peso cada vez menor.		
9.- La aparición de medios y técnicas diagnósticos y terapéuticos cada vez más especializados potenciarán la creación y el desarrollo de los hospitales pediátricos monográficos.		
10.- Toda la población pediátrica con indicaciones quirúrgicas será intervenida por un cirujano pediátrico.		

⁽¹⁾ Según la Academia Americana de Pediatría la responsabilidad de la pediatría empieza con la confirmación de la concepción, continúa en las etapas neonatal, infancia y adolescencia y se extiende hasta los 21 años con el proceso de desarrollo completado.

RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
		Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
		Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
		Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

4.2. AMENAZAS POTENCIALES AL DESARROLLO DE LA ESPECIALIDAD

Los consultados rechazan con altas proporciones de consenso la aceptación del pronóstico de las posibles "amenazas" propuestas al desarrollo de las especialidades pediátricas aunque en algunos casos –barreras de acceso a cierta innovación tecnológica en Atención Primaria y en cirugía perinatal– la elevada conciencia en la predicción de rechazo de las amenazas se distancia del pronóstico de ocurrencia real.

La gran mayoría de los expertos rechazan que tanto la disminución de la natalidad (97,7%) como la mejora progresiva de la salud infantil (81,6%) vayan a reducir el campo de acción y la actividad de la Pediatría.

Tampoco se percibe en proporción destacable (1,5%) como amenaza para la identidad y especificidad de la Pediatría el desarrollo de especialidades "próximas" como la



obstetricia, la cirugía, la psiquiatría infantil, la medicina interna, etc.


En particular se rechaza por consenso (90% en el rechazo colectivo y 82,2% en el pronóstico) la absorción de la práctica asistencial de la salud infantil por la Medicina de Familia y la enfermería de Atención Primaria.

Ni se desea (88,6%) ni se espera (75,3%) que la actividad de los hospitales monográficos sea crecientemente absorbida por las especialidades hospitalarias pediátricas ofrecidas en hospitales generales.

El mayor contraste entre ambas posturas se refiere al impacto negativo del desarrollo del cribado genético sobre el avance de la cirugía perinatal: el 79,3% que no lo desea se transforma en un 64% que pronostica que tal "amenaza" no surtirá efecto.

Tabla 4.2. Amenazas potenciales al desarrollo de la especialidad

<p>II.2.- Exprese su adhesión (S) o rechazo (N) en relación con las siguientes amenazas potenciales al desarrollo de la especialidad a 12 años vista, distinguiendo entre sus propios valores o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"-.</p>	<p>DESEO</p>	<p>OCURRIRÁ</p>
<p>1.- La disminución de la natalidad reducirá progresivamente el campo de acción y la actividad de la pediatría.</p>	<p>C</p>	<p>C</p>
<p>2.- La mejora progresiva de la salud de niños y adolescentes reducirá progresivamente el campo de acción y la actividad de la pediatría.</p>	<p>C</p>	<p>C</p>
<p>3.- La salud infantil será crecientemente absorbida por la medicina de familia y la enfermería de atención primaria.</p>	<p>C</p>	<p>C</p>
<p>4.- El pediatra de atención primaria no podrá utilizar de forma autónoma la mayoría de las nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas dado su elevado coste y/o la alta especialización requerida para su empleo e interpretación.</p>	<p>C</p>	
<p>5.- El desarrollo de especialidades próximas a la pediatría (obstetricia, cirugía, psiquiatría infantil, medicina interna, de familia, salud pública, medicina preventiva, etc.) reducirán progresivamente la identidad y especificidad de la pediatría.</p>	<p>C</p>	<p>C</p>
<p>6.- El progreso espectacular de las técnicas de cribaje y terapias génicas, juntamente con la interrupción voluntaria del embarazo en caso de malformación o defecto genético, obstaculizarán el desarrollo de la cirugía fetal.</p>	<p>M</p>	
<p>7.- La reducción progresiva de la demanda de atención pediátrica a nivel hospitalario ocasionará la absorción de los hospitales monográficos en favor de las especialidades homólogas de los hospitales generales.</p>	<p>C</p>	<p>M</p>

<p>RESPUESTAS</p>		<p>CLAVE</p>	<p>LEYENDA</p>
<p>afirmativas</p>	<p>negativas</p>		
<p>U</p>	<p>U</p>	<p>Unanimidad</p>	<p>Todos los consultados están de acuerdo.</p>
<p>C</p>	<p>C</p>	<p>Consenso</p>	<p>Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.</p>
<p>M</p>	<p>M</p>	<p>Mayoría</p>	<p>Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.</p>
		<p>Discrepancia</p>	<p>Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.</p>

5

GESTIÓN CLÍNICA Y GARANTÍA DE CALIDAD

5.

Gestión clínica y garantía de calidad

5.1. Gestión de patologías	54
5.2. Calidad asistencial	57
5.3. Estándares profesionales de buena práctica	60

5. GESTIÓN CLÍNICA Y GARANTÍA DE CALIDAD

Para que la Pediatría fortalezca su liderazgo profesional y renueve su legitimación y la confianza de la sociedad, correspondiendo a las expectativas de eficacia, seguridad y calidad, debe integrar tanto una práctica clínica de excelencia, como los valores y preferencias de los usuarios a quienes la moderna concepción de la organización asistencial toma como centro de referencia del sistema sanitario.

En tal sentido las prácticas de calidad se encaminan a que médicos, pacientes, gestores y jueces conozcan y compartan estándares explícitos de calidad y guías de ayuda en la formulación de decisiones clínicas.

El término "medicina gestionada" se refiere, así, a la medicina que basándose en la mejor evidencia científica disponible orienta el comportamiento clínico y la práctica asistencial de los profesionales de una organización asistencial, proponiendo e incentivando el uso sistemático de estándares, guías y protocolos con la finalidad de reducir la variabilidad arbitraria de las decisiones clínicas, mejorar los resultados de los tratamientos e intervenciones, elevar de manera sostenida la calidad del servicio y el uso eficiente y equitativo de los recursos colectivos disponibles.

Los participantes fueron consultados acerca de estas tendencias profesionales mostrando, en general, una actitud destacadamente positiva y favorable en sus pronósticos.

El menor nivel de acuerdo se refirió a la utilización obligatoria de guías y al requerimiento de justificar clínicamente las decisiones alejadas de sus recomendaciones. En contraste, no obstante, un 95,2% de los consultados desean que se desarrolle y que se implante alguna forma exigible de utilización de estándares profesionales de buena práctica y el 83,9% que las organizaciones profesionales –y no la judicatura– controlen los errores médicos y su reducción.

5.1. GESTIÓN DE PATOLOGÍAS

La gestión de patologías supone la incentivación profesional de los médicos y personal sanitario pertenecientes a estructuras asistenciales – centros de salud, policlínicas, servicios, cuadros médicos, etc.– para que adapten su comportamiento clínico y sus decisiones a la mejor evidencia disponible sobre procedimientos diagnósticos, intervenciones y fármacos coste-efectivos al objeto de reducir la variabilidad no explicada en la práctica asistencial.

En conjunto el consenso que se observa en el pronóstico de utilización de guías de práctica clínica (un 98,5% lo desean y 82,2% esperan que realmente suceda) se ve corroborado por una elevada coincidencia (89,1% y 85,0%) en el rechazo de que las guías vayan a ser una moda pasajera y que las que se adopten se basen en criterios de coste-efectividad.



Sin embargo, las anteriores afirmaciones deberían ser enjuiciadas con lo que se desprende de la menor aceptación que se asocia a la obligatoriedad de implantación, de aplicación y de justificación de desviaciones con respecto a las guías, en cuyo pronóstico de ocurrencia se registra una reveladora igualdad (50,8% y 49,2%).

Mediante el *cluster analysis* que se presenta en el diagrama 5.1 se identifican dos grupos de opinión dispar que agrupan, respectivamente, al 76,5% y al 23,5% de los expertos consultados. En el primer grupo –el minoritario– hay una proporción mayor de pediatras varones que no es estadísticamente significativa.

El patrón de opinión de esta minoría destaca por su tendencia a realizar predicciones de ocurrencia contrarias a sus preferencias expresadas como "deseo" en varias de las cuestiones planteadas. Así, desean pero no creen que vaya realmente a ocurrir que: (1) los pediatras utilicen normalmente guías de buena práctica basadas en la evidencia científica para tomar la mayoría de sus decisiones; (2) los pediatras utilicen obligatoriamente las guías de buena práctica vigentes en la organización en la que realicen su práctica profesional y que en los casos en que no sigan las recomendaciones de las guías deberán justificar la razón y (3), se implante la figura del gestor de conocimiento que, entre otras funciones, deba evaluar y actualizar las guías de buena práctica clínica.

En cambio, tienden a no desearlo aunque predican que ocurrirá que las guías de buena práctica serán una moda pasajera, frente a la opinión casi unánime del grupo mayoritario que no lo desea y pronostica lo contrario.

Tabla 5.1. Gestión de patologías

III.1.- Indique (S) i está de acuerdo o (N) o en que las siguientes afirmaciones relacionadas con la gestión de patologías ⁽²⁾ en el ámbito de la pediatría serán ciertas en un horizonte de 12 años, distinguiendo entre sus propios valores o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"-.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- Los pediatras utilizarán normalmente guías de buena práctica basadas en la evidencia científica para tomar la mayoría de sus decisiones clínicas.	C	C
2.- Los pediatras utilizarán normalmente guías de buena práctica basadas en criterios coste-efectivos para tomar la mayoría de decisiones clínicas.	M	M
3.- Los pediatras utilizarán obligatoriamente las guías de buena práctica vigentes en la organización en la que realicen su práctica profesional. En los casos en que no sigan las recomendaciones de las guías deberán justificar la razón.	M	
4.- Se implantará la figura del gestor de conocimiento que, entre otras funciones, deberá evaluar y actualizar las guías de buena práctica.	M	
5.- Las guías de buena práctica son una moda pasajera que dentro de 12 años habrá pasado a la historia.	C	C

⁽²⁾ Se aplica al conjunto de métodos y técnicas concebidos para orientar la práctica asistencial proponiendo prácticas definidas de acuerdo a un estándar de calidad con el objetivo de reducir la variabilidad y mejorar la eficiencia de la decisión clínica.








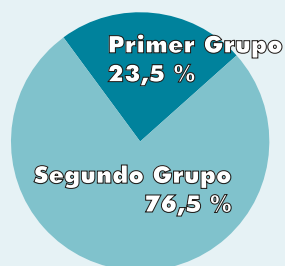
RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
		Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
		Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
		Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

Diagrama 5.1. Gestión de patologías

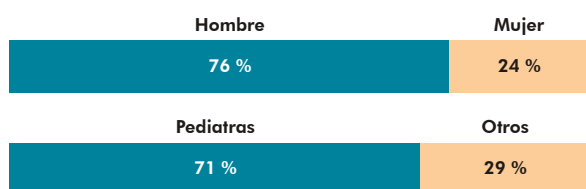


El **cluster analysis** ha permitido identificar dos grupos de opinión que comprenden un 86,5% de casos válidos y explican un 67,6% de la varianza conjunta.

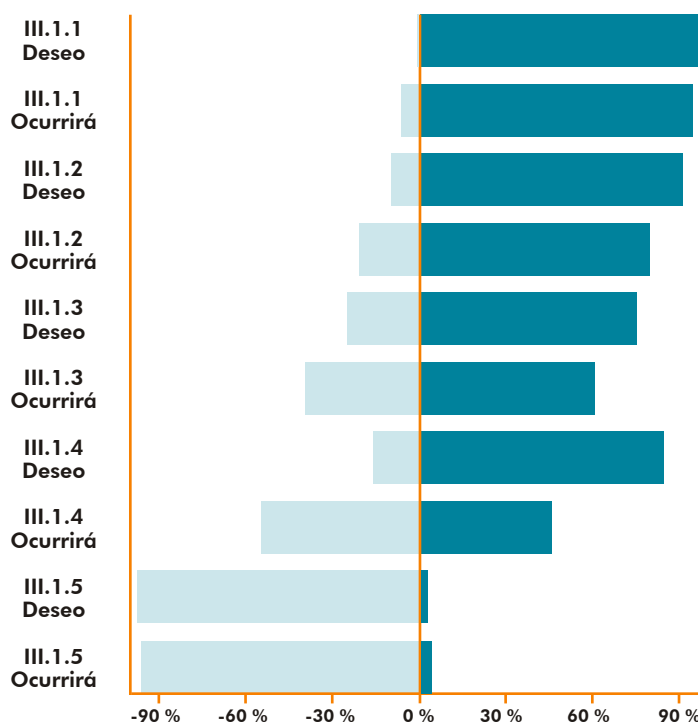
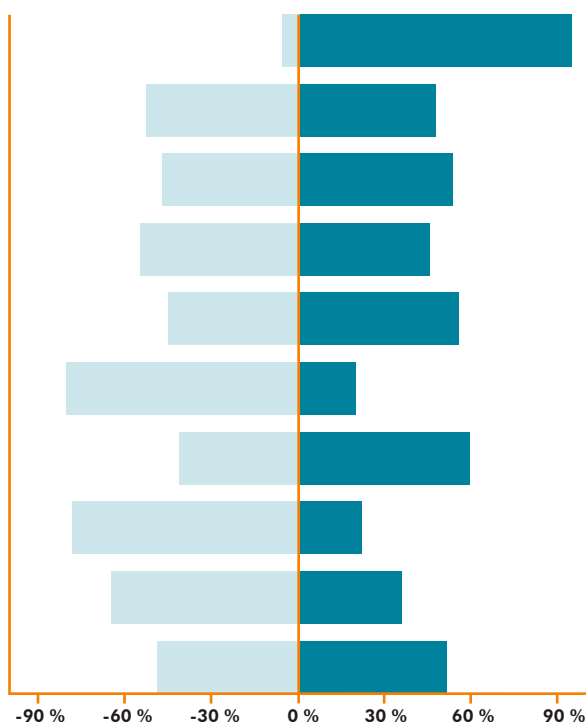
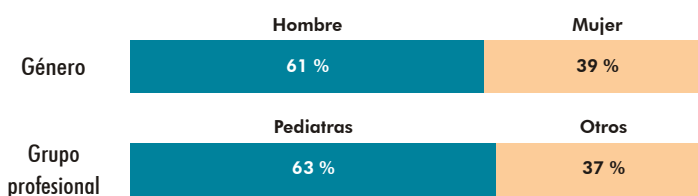
El primer grupo incluye el 23,5% de los miembros del colectivo de expertos consultados (N=51), mientras que el segundo representa un grupo de opinión mayoritario (76,5%; N=166).

Entre ellos, se observan diferencias de significación dudosa en cuanto al género ($p=0,06$) y no se observan diferencias según grupo profesional ($p=0,3$).

PRIMER GRUPO



SEGUNDO GRUPO



Grado de desacuerdo

Grado de acuerdo

5.2. CALIDAD ASISTENCIAL

La respuesta a la consulta sobre la mejora de la calidad asistencial de las especialidades pediátricas se proyecta de forma sólidamente consensuada en la expresión de "deseos" y en la "predicción de ocurrencia" en las cuestiones referentes a la consolidación de la interconsulta intrahospitalaria entre especialidades complementarias y entre pediatras de distintos niveles asistenciales –hospital y atención primaria– cuya extensión y asentamiento suscita el deseo unánime de todos los panelistas.

Es destacable el consenso que se alcanza en lo que concierne a incorporar en la noción de calidad el respeto a "la autonomía y derechos del paciente", así como "la comprensión de su entorno y valores culturales".

La mejora de la hostelería y el confort de los centros asistenciales, así como las mejoras del acceso a la asistencia de pacientes remotos mediante tecnologías de la información se predicen asimismo mayoritariamente como elementos de mejora de la calidad asistencial.


Cabe, sin embargo, prestar atención al contraste que supone el elevado acuerdo mencionado –un 99,3% lo desea y un 91,2% pronostica que ocurrirá– en la consideración de las preferencias y valores del paciente y

su entorno y la relativa indiferencia –un 41,4% no valora como deseable que eso tenga lugar– con la que se valora la relevancia, para la calidad asistencial, de adaptar con flexibilidad el horario de las consultas al de los padres, familiares de los propios niños o adolescentes. Sólo un 28,9% de los panelistas espera que eso –tomar en cuenta la conveniencia del horario de los pacientes– realmente ocurra en el curso de los próximos doce años.

El *cluster analysis* revela dos grupos con patrones de opinión diferenciados que incluyen un 62,3% y un 37,7% de participantes respectivamente. Entre ambos grupos no se evidencian diferencias significativas en cuanto a composición profesional y género.

El patrón de opinión del grupo minoritario se caracteriza por conjugar contradictoriamente deseos favorables con predicciones de ocurrencia desfavorables en dos cuestiones: (1) habrá programas de formación continuada para cada especialidad y subespecialidad de la Pediatría con el fin de recertificar y acreditar periódicamente las competencias y la praxis profesionales; y (2), las nuevas tecnologías de la información tendrán un papel relevante en el seguimiento y control de niños enfermos.

Tabla 5.2. Calidad asistencial

III.2.- Indique (S)i está de acuerdo o (N)o en que las siguientes afirmaciones relacionadas con la mejora de la calidad asistencial en pediatría serán ciertas en un horizonte de 12 años, distinguiendo entre sus propios valores o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"-.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- Constituirán parte de la rutina asistencial las actividades de interconsulta y trabajo en equipo entre pediatras y médicos de especialidades colindantes (obstetricia, medicina interna, de familia, etc.) de un mismo centro hospitalario o sector de atención primaria.	C	C
2.- Se extenderán y normalizarán las actividades de interconsulta y trabajo en equipo entre pediatras de atención primaria y los del hospital de referencia.	U	C
3.- La mejora de la calidad asistencial tomará en cuenta el respeto a la autonomía y derechos del paciente y la comprensión de su entorno y valores culturales.	C	C
4.- Habrá programas de formación continuada para cada especialidad y subespecialidad de la pediatría con el fin de recertificar y acreditar periódicamente las competencias y la praxis profesionales.	C	M
5.- La mejora de la calidad asistencial se basará fundamentalmente en la adaptación flexible de horarios de consulta a las preferencias de los pacientes y sus responsables.		M
6.- La mejora de la calidad asistencial de la pediatría en sus diversos ámbitos de ejercicio profesional se basará fundamentalmente en la introducción de nuevas tecnologías diagnóstico-terapéuticas más eficaces.	M	M
7.- Los centros pediátricos públicos mejorarán de manera significativa los aspectos relacionados con la hostelería y el confort de los pacientes y sus familiares.	C	C
8.- Las nuevas tecnologías de la información (Internet, etc.) permitirán el seguimiento y control remoto de niños enfermos reduciendo el número de asistencias a centros sanitarios y permitiéndoles mejorar su calidad de vida.	C	M


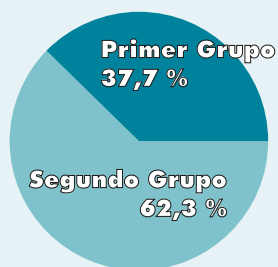
RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
U	U	Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
C	C	Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
M	M	Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

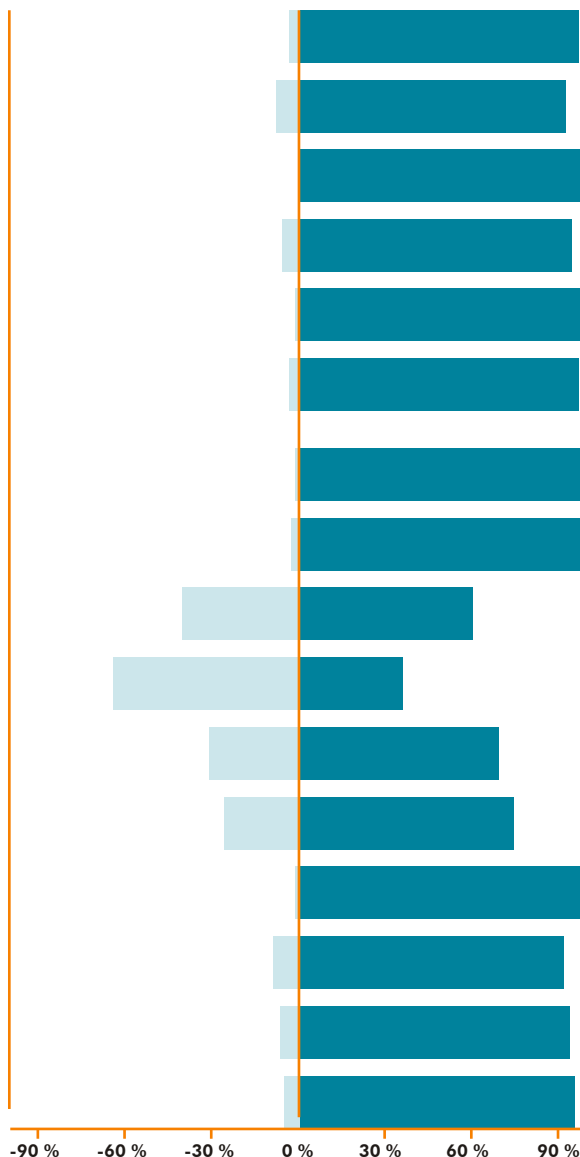
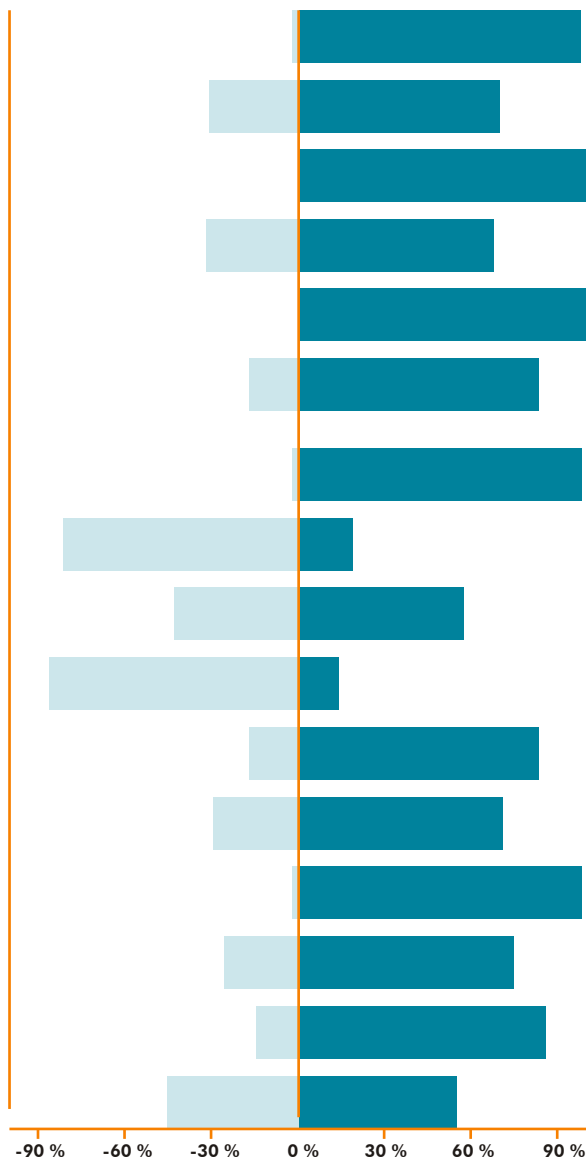
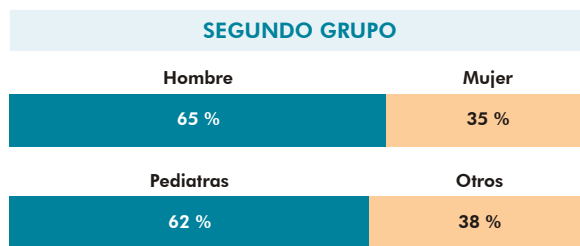
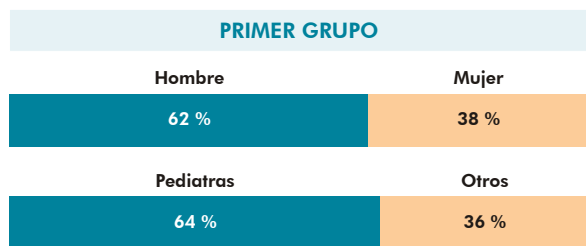
Diagrama 5.2. Calidad asistencial



El **cluster analysis** ha permitido identificar dos grupos de opinión que comprenden un 85,7% de casos válidos y explican un 78,8% de la varianza conjunta.

El primer grupo incluye el 37,7% de expertos (N=81), mientras que el segundo representa al 62,3% (N=134).

Entre ambos grupos no se observan diferencias significativas según grupo profesional ($p=0,8$) o género ($p=0,7$).



5.3. ESTÁNDARES PROFESIONALES DE BUENA PRÁCTICA

La consulta se refirió asimismo al posicionamiento de los panelistas sobre la evolución del llamado "apoderamiento" –empowerment– del paciente, es decir de la consideración central de los valores, preferencias y autodeterminación del paciente o de sus representantes legítimos en la toma de decisiones que afectan a su salud e integridad.

Los consultados desean y esperan, con una congruencia mayoritaria entre ambas posturas, que se implanten, de forma exigible, estándares profesionales de buena práctica cuyo cumplimiento sea imprescindible para obtener – y mantener– la acreditación docente y asistencial de las unidades de servicio.

A pesar de que se pronostica casi en idéntica proporción (81,6% y 80,8%) la aceptabilidad y la probabilidad de

ocurrencia de la implantación de estándares profesionales para hacer frente a demandas judiciales, sólo un 20,0% acepta que el control de la reducción de los errores médicos se judicialice, frente a un 83,9% de consultados que prefieren que el control esté en manos de las organizaciones profesionales, con un 87% favorable a la participación de las asociaciones de usuarios, familiares y tutores "en el control de la calidad asistencial".

En este último punto es llamativo que, en marcado contraste, solamente un 65,9% espera que realmente este deseo de participación del paciente y sus organizaciones se vea cumplido en la práctica.

Tabla 5.3. Estándares profesionales de buena práctica

III.3.- Indique (S)i está de acuerdo o (N)o en que las siguientes afirmaciones relacionadas con el establecimiento de estándares profesionales de buena práctica en pediatría en un horizonte de 12 años, distinguiendo entre sus propios valores o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"-.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- Se desarrollará e implantará alguna forma exigible de utilización de estándares profesionales de buena práctica.	C	C
2.- Se exigirán estándares profesionales de buena práctica para la acreditación docente y asistencial de unidades, servicios y departamentos.	C	C
3.- Se desarrollarán e implantarán estándares profesionales de calidad asistencial con el fin de hacer frente a eventuales demandas judiciales.	C	C
4.- El control de la reducción de errores médicos se judicializará progresivamente.	C	C
5.- El control de la reducción de errores médicos correrá a cargo de las organizaciones profesionales.	C	M
6.- Las asociaciones de usuarios, familiares y tutores de niños enfermos participarán en el control de la calidad asistencial.	C	C

RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
U	U	Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
C	C	Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
M	M	Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
C	C	Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

DERECHOS, ÉTICA Y VALORES

6.

Derechos, ética y valores

6.1. Conflictos de intereses y valores 64

6.2. Derechos y deberes en la práctica asistencial e
investigación biomédica 67

6. DERECHOS, ÉTICA Y VALORES

Las actitudes hacia los menores y los derechos que se les reconocen también son objeto de rápida transformación y en todas las esferas de la relación con los profesionales de la salud y las organizaciones asistenciales se registra un creciente énfasis en la atención y consideración de las razones y preferencias de los pacientes, incluidos los niños y los adolescentes.

Sin embargo aún se dan circunstancias en las que se les restringe la plenitud de sus derechos bajo distintas justificaciones – protección, inmadurez, decisiones de riesgo, etc. – que los profesionales deberían empezar a reconsiderar críticamente.

En cualquier caso, los fundamentos para la actualización del compromiso de las especialidades de la salud infantil con la sociedad se encuentran en la aplicación sin excepciones de la Convención de los Derechos del Niño de la Asamblea de las Naciones Unidas. Y, además, en la escrupulosa actualización y observancia de las normas de comportamiento ético en los procesos de información al paciente – o a sus representantes– para facilitar decisiones sobre su salud, alternativas de intervención, así como en la participación plenamente consciente, voluntaria e informada de las personas en la experimentación, la realización de ensayos, en los procesos de la investigación biomédica y en la donación de órganos y tejidos.

El estudio se propuso averiguar cuáles son las actitudes y pronósticos en torno a una serie de conflictos reales y potenciales relacionados con la garantía de los derechos generales y específicos mencionados.

Llama la atención, al examinar los resultados, que sólo un 48,5% de participantes vaticinen que vaya a "perder intensidad" la comisión de irregularidades en la donación y extracción de órganos y tejidos.

Y que más de un 80% no confíe en que se vaya a aplicar "sin restricciones" la mencionada Convención de los Derechos del Niño, a pesar de que, por otra parte, la totalidad de los consultados manifiestan desearlo sin ninguna reserva.

6.1. CONFLICTOS DE INTERESES Y VALORES

De manera creciente se perfilan, en paralelo al cambio social y al progreso tecnológico, situaciones conflictivas que entrañan la exacerbación de las diferencias de valores característicos de los principales participantes en los actos médicos y en las decisiones críticas relacionadas con el desarrollo y el progreso de la biomedicina.

La consulta ha propuesto una serie de conflictos –latentes o manifiestos– para establecer el signo de las coincidencias o discrepancias de los panelistas en relación con la intensificación, mantenimiento o pérdida de intensidad de la tendencia pronosticada.

Al respecto se registra un alto consenso (92,3%) en el pronóstico del fortalecimiento del respeto a los Derechos del Niño en las actividades y procesos de investigación y experimentación biomédica, y en la observancia de las limitaciones éticas.

Con elevados niveles de coincidencia (89,1%) se prevé un mayor rigor en el cumplimiento del derecho al consentimiento informado y a la confidencialidad de los datos clínicos y a la utilización de embriones y tejido fetal.

Reclama la atención una aparente suavización del *statu quo* de la hegemonía de la decisión paterna, a tenor de la distribución más equilibrada que se observa en los pronósticos acerca de la evolución de los conflictos que enfrentan criterios discrepantes como los de los padres

frente a los de los hijos menores – particularmente los adolescentes–. Mientras un 45,1% pronostica que el conflicto no variará significativamente, un 31,9% predice su intensificación, frente a un 23% que pronostica su desactivación.

Pese a su posición minoritaria –un 25,2% pronostica su intensificación frente a un 48,5% que expresa lo contrario– merece la pena registrar la advertencia acerca de la persistencia (26,3%) y el empeoramiento y persistencia de irregularidades en la donación de órganos y tejidos.

Es precisamente el pronóstico de signo contrario respecto a la evolución de los conflictos relacionados con irregularidades en la donación de órganos y tejidos la única cuestión que enfrenta radicalmente a los dos grupos de opinión que surgen del *cluster analysis* que se presenta en el diagrama 6.1. Ambos grupos son de dimensiones parecidas (53,4% y 46,6% de participantes) y la proporción de mujeres ($p=0,047$) es significativamente mayor en el grupo primero.

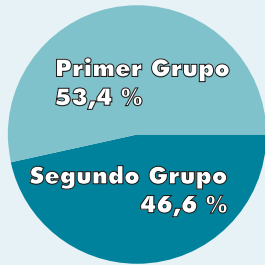
El 93,2% de los expertos incluidos en el grupo primero coinciden en predecir una pérdida de intensidad de los conflictos relacionados con irregularidades en la donación de órganos y tejidos, mientras que la opinión de los miembros del grupo segundo se divide a partes iguales entre los que creen que la intensidad de este tipo de conflictos no variará o se intensificará en el futuro.

Tabla 6.1. Conflictos de intereses y valores

IV.1.- Los enunciados siguientes identifican conflictos que afectan la práctica clínica y la investigación biomédica . ¿Cómo cree que evolucionarán estos conflictos durante los próximos 12 años?	RESULTADOS
1.- Irregularidades en la donación de órganos y tejidos.	
2.- Consentimiento informado de padres y tutores para la utilización de embriones y tejido fetal.	
3.- Limitaciones éticas en manipulaciones genéticas y terapias génicas. Licitud de concebir un segundo hijo como donante.	
4.- Opinión paterna versus criterio profesional en situaciones de discrepancia en pediatría paliativa, situaciones de resucitación y/o mantenimiento artificial de las funciones vitales del paciente.	
5.- Criterio paterno versus opinión del niño y adolescente ante decisiones clínicas y asistenciales.	
6.- Respeto íntegro a los derechos del niño en el proceso completo de investigación y experimentación biomédica con niños y adolescentes.	
7.- Cumplimiento del derecho al consentimiento informado y a la confidencialidad de los datos clínicos.	
8.- Intervención del pediatra en situaciones que involucren niños presuntamente maltratados o bajo sospecha de abuso sexual.	

RESPUESTAS	CLAVE	LEYENDA
	Se intensificará	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
	No variará	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
	Perderá intensidad	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
	Discrepancia	Resto de situaciones. Ninguna opción alcanza el acuerdo de la mitad o más de los consultados.

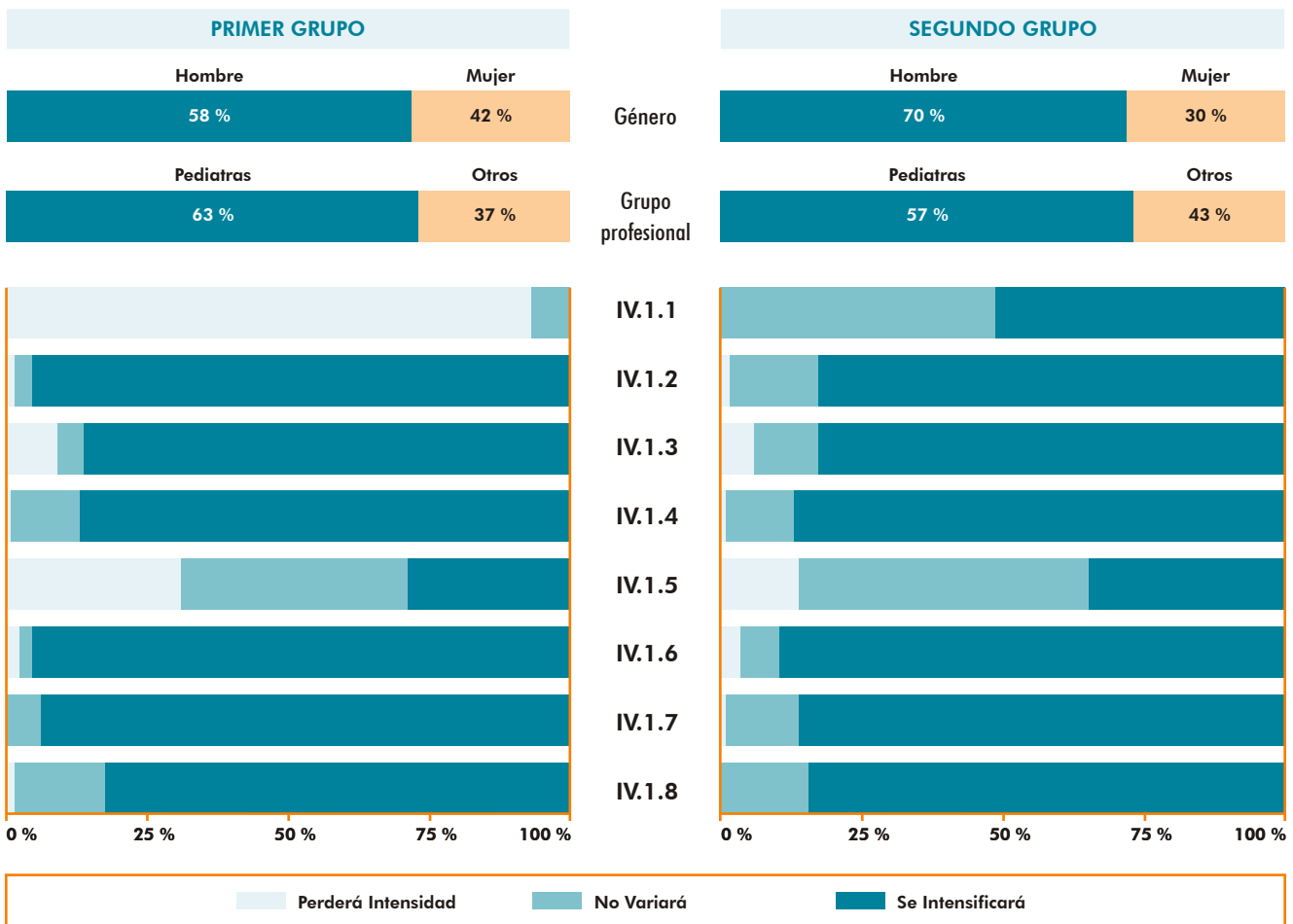
Diagrama 6.1. Conflictos de intereses y valores



El **cluster analysis** ha permitido identificar dos grupos de opinión que comprenden un 93,9% de casos válidos y explican un 79,6% de la varianza conjunta.

El primer grupo incluye el 53,4% de los panelistas (N=132), mientras que el segundo representa al 46,6% (N=115).

Entre ambos se evidencian diferencias significativas en cuanto al género ($p=0,047$), pero no existen diferencias significativas según el grupo profesional ($p=0,4$).



6.2. DERECHOS Y DEBERES EN LA PRÁCTICA ASISTENCIAL E INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

En el avance del reconocimiento y protección de derechos, llama la atención uno de los mayores contrastes como es el que contempla la unanimidad absoluta (100%) en el deseo de aplicación sin restricciones de los Derechos del Niño aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas y el pronóstico de un 80,8% de que eso no va a suceder en los próximos doce años.

En el resto de proposiciones que se plantean a los panelistas se registra una concordancia mayoritaria entre deseos y pronósticos referidos a la exigencia de estándares profesionales, la adecuación de la legislación sobre manipulación genética a los mencionados Derechos del Niño y a la actualización de la normativa protegiendo la información y el conocimiento de pacientes y sus responsables como participantes en actividades de investigación.

El *cluster analysis* que se muestra en el diagrama 6.2 revela la presencia de un grupo minoritario de panelistas

(18,9%) en el que predominan significativamente los pediatras ($p < 0,05$) varones ($p = 0,08$).

La singularidad del "grupo de pediatras" reside en su tendencia a formular pronósticos de ocurrencia contrapuestos al deseo prácticamente unánime del conjunto del panel que, tal como ha sido mencionado, es favorable a la Declaración de Derechos del Niño, a la adecuación de la legislación sobre manipulación genética y trasplantes a los Derechos del Niño y a la actualización de las normas sobre participación en investigación clínica protegiendo el conocimiento de pacientes y responsables de los mismos. Por su radicalidad – todos lo desean pero casi ninguno pronostica su ocurrencia– destaca la postura del "grupo de pediatras" frente a la exigencia en el futuro de estándares profesionales de buena práctica para la acreditación docente y asistencial de unidades, servicios y departamentos.

Tabla 6.2. Derechos y deberes en la práctica asistencial e investigación biomédica

IV.2.- Exprese su conformidad (S) o rechazo (N) en relación con los siguientes pronósticos relativos a derechos y ética en la práctica asistencial y en la investigación biomédica. Distinga entre sus propias opiniones o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"- en los próximos 12 años.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- La Declaración de Derechos del Niño aprobada por la Asamblea General de la ONU se aplicará sin restricciones.	U	C
2.- Se exigirán estándares profesionales de buena práctica para la acreditación docente y asistencial de unidades, servicios y departamentos.	U	C
3.- Se adecuará la legislación sobre manipulación genética y trasplantes a los Derechos del Niño.	U	C
4.- Se actualizarán las normas vigentes sobre participación en investigación clínica protegiendo el conocimiento de pacientes y responsables de los mismos.	C	C


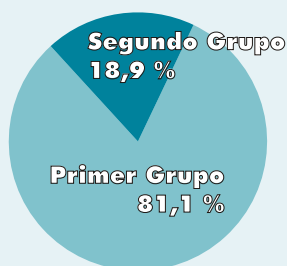
RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
U	U	Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
C	C	Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
M	M	Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

Diagrama 6.2. Derechos y deberes en la práctica asistencial e investigación biomédica

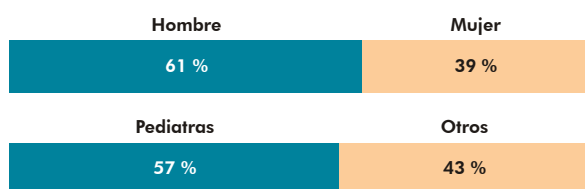


El **cluster analysis** ha permitido identificar dos grupos de opinión que comprenden un 86,7% de casos válidos y explican un 95,3% de la varianza conjunta.

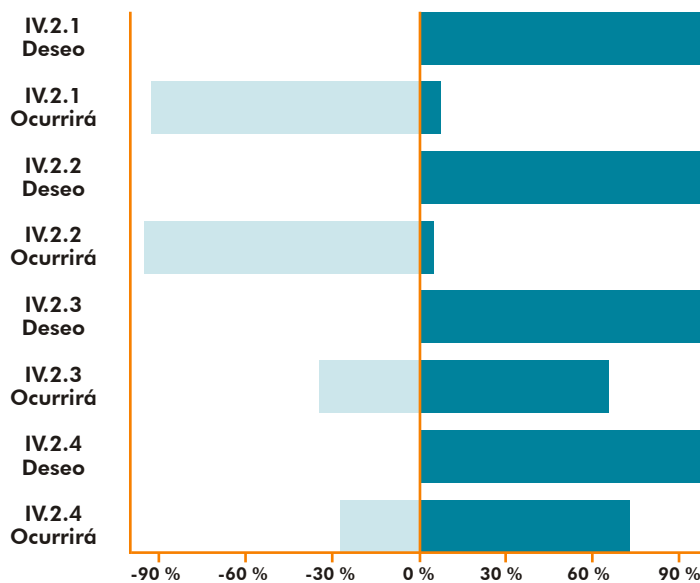
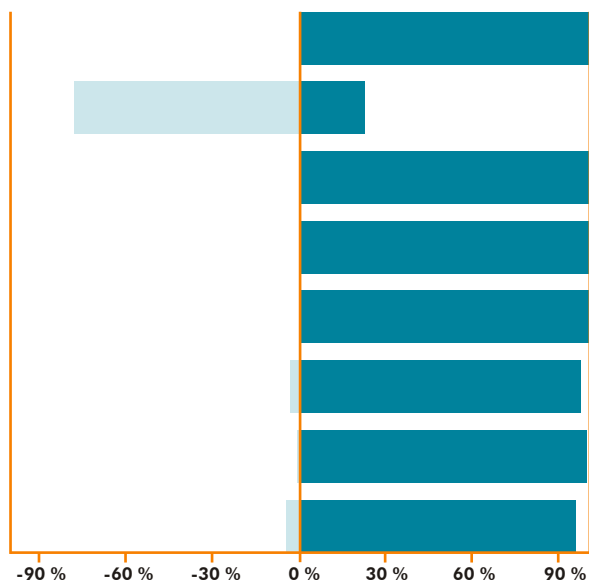
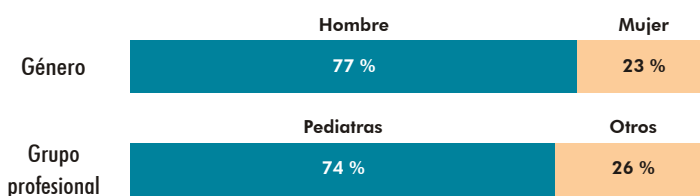
El primer grupo incluye el 81,1% de los miembros del panel (N=185), mientras que el segundo representa a un grupo minoritario (18,9%; N=43).

Entre ambos se observan diferencias significativas en cuanto a grupo profesional ($p=0,04$); las diferencias según el género son de significación dudosa ($p=0,08$).

PRIMER GRUPO



SEGUNDO GRUPO



Grado de desacuerdo

Grado de acuerdo

ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y AUTOGESTIÓN

7. Organización asistencial y autogestión

7.1. Organización asistencial	72
7.2. Autonomía de gestión	73

7. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL Y AUTOGESTIÓN

La próxima década va a contemplar, sin duda, cambios significativos en la organización asistencial que conocemos y en las especificidades en las que se reconoce la práctica profesional de los panelistas y la experiencia asistencial de los consultados no profesionales sanitarios.

La consulta planteó, en dos bloques de cuestiones, diversas características que el Grupo Asesor que confeccionó el cuestionario estimó suficientemente descriptivas del "antes" y el "después" en los posibles cambios organizativos y, también, cuestiones específicamente asociadas a la opción organizativa autogestionaria.

Esta última entendida como la asunción colectiva por los profesionales pertenecientes a una determinada unidad organizativa – con plena capacidad para organizar y gestionar todos sus recursos– y del riesgo aparejado a la obtención –o no– de determinados resultados y objetivos prenegociados con el financiador o el responsable último de la organización.

Según se desprende de los pronósticos que se detallan a continuación la perduración de la práctica privada parece estar sólidamente asegurada y es destacable el optimismo compartido acerca del avance que se producirá en la integración de niveles asistenciales en la medicina pública.

7.1. ORGANIZACIÓN ASISTENCIAL

El aislamiento logístico de algunos sectores de la práctica profesional, el peso específico de la especialidad en la oferta asistencial y la simultaneidad de la práctica pública y privada fueron la principal referencia del primer bloque de cuestiones relativas a la visión prospectiva de la organización asistencial.

Más de las tres cuartas partes de los consultados no desean que desaparezca la práctica privada ni cuentan con que ello ocurra, manifestando un consenso, pese a manifestaciones contradictorias de deseos – el 46,8% a favor y el 53,2% en contra – en el pronóstico de mantenimiento del ejercicio simultáneo público y privado.





Aunque se desea mayoritariamente, casi la mitad de los panelistas no espera que se implanten unidades de



pediatría que integren diversas zonas, ni que se adscriban pediatras de Atención Primaria a hospitales de referencia para contrarrestar el aislamiento y la dispersión de la población.

Llama la atención que sólo una discreta mayoría (64,8%) respalda el deseo generalizado (84,4%) de que la Pediatría de Atención Primaria adquiera un mayor peso asistencial a costa de los servicios pediátricos hospitalarios.

La mayor claridad y congruencia entre el deseo y el pronóstico de ocurrencia real se refiere al elevado grado de acuerdo acerca del desarrollo de la enfermería pediátrica y a la creciente integración de los niveles asistenciales pediátricos –primario y especializado– en los próximos doce años.

Tabla 7.1. Organización asistencial

V.1.- Establezca, por favor, su adhesión (S) o rechazo (N) en relación con las diferentes predicciones de organización asistencial que se sugieren en relación con la pediatría. Distinga entre sus propias opiniones o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"- en los próximos 12 años.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- Para evitar el aislamiento de los pediatras de atención primaria se implantarán unidades de pediatría que agrupen diversas zonas o sectores de atención primaria.	C	
2.- Para evitar su aislamiento, los pediatras de atención primaria se adscribirán a los servicios de pediatría de los hospitales de referencia.	M	
3.- La pediatría de atención primaria adquirirá un peso mayor en el modelo asistencial público a costa de los servicios de pediatría hospitalarios.	C	
4.- Se producirá una integración mucho mayor entre los distintos niveles asistenciales del sistema público: pediatría primaria en consulta y a domicilio, atención hospitalaria especializada y asistencia urgente.	C	M
5.- Se desarrollará la enfermería pediátrica para atender las nuevas necesidades en pediatría preventiva y social y el seguimiento de los niños con enfermedades crónicas.	C	M
6.- El ejercicio público de la pediatría en el sistema público continuará simultaneándose con la práctica privada.		C
7.- El ejercicio de la pediatría privada tenderá a desaparecer.	M	C

RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
U	U	Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
C	C	Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
M	M	Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

7.2. AUTONOMÍA DE GESTIÓN

La postura general que se desprende de la consulta acerca de la evolución de la autonomía de gestión presenta aspectos ambiguos que apuntan hacia una, aún incipiente, reflexión colectiva acerca de sus consecuencias y significación profesionales y que, con toda probabilidad, requiere una mayor profundización atendiendo a las aparentes contradicciones que afloran en los pronósticos emitidos.


La alineación de la mayoría de los consultados en deseos y predicciones acerca de la implantación de la autonomía

de gestión y la responsabilización de los profesionales en la organización, flujo de pacientes y programación asistencial contrasta con la escasa expectativa de asunción de responsabilidades en la gestión del personal, la gestión de compras y la del mantenimiento de la tecnología y el instrumental.

Las posiciones comentadas no se compadecen con el consenso en el deseo (99,2%) y el gran nivel de coincidencia mayoritaria en la predicción de participación en la negociación de objetivos y resultados.

Tabla 7.2. Autonomía de gestión

V.2.- La tendencia a la descentralización de las organizaciones asistenciales supone el desarrollo de la autonomía de gestión que acerca la responsabilidad de gestión a quienes controlan los procesos clínicos y resitúa el papel de los profesionales como gestores clínicos . Exprese su adhesión (S) o rechazo (N) en relación con los pronósticos siguientes. Distinga entre sus propias opiniones o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá - casillas "OCURRIRÁ"- en los próximos 12 años.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- Se incentivará económicamente la implantación de la autonomía de gestión y la asunción de responsabilidades profesionales en su desarrollo.	C	M
2.- A nivel hospitalario, los servicios de pediatría se responsabilizarán de la organización, gestión del flujo de pacientes y la programación asistencial.	C	M
3.- Los servicios de pediatría se responsabilizarán de la gestión del personal de las unidades asistenciales.	C	M
4.- Los servicios de pediatría se responsabilizarán de la gestión de compras de las unidades asistenciales y de la gestión del mantenimiento de la tecnología e instrumental médico de las unidades asistenciales.	C	M
5.- Los servicios de pediatría participarán activamente en la negociación de los objetivos y resultados de su actividad.	C	C

RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
U	U	Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
C	C	Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
M	M	Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

8

POLÍTICA SANITARIA Y EVOLUCIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



8.

Política sanitaria y evolución del SNS

8.1. El futuro del Sistema Nacional de Salud 78

8.2. Participación de las asociaciones en la
política sanitaria 80

8. POLÍTICA SANITARIA Y EVOLUCIÓN DEL SNS

Cuando tuvo lugar la cumplimentación de los cuestionarios y la recogida de respuestas a la consulta, se encontraba a punto de finalizar la última etapa del traspaso del INSALUD y de las competencias para su gestión a las Comunidades Autónomas con competencias sanitarias limitadas.

Ante el "nuevo" SNS y el recién estrenado acuerdo de financiación autonómica – que faculta por entero a cada Comunidad para configurar la estructura y el volumen de su presupuesto sanitario de manera discrecional – cobra especial interés el pronóstico colectivo acerca de la orientación que se prevé para una serie de trazos que parecen consubstanciales, con el sistema "público" de salud.

Al conservadurismo que se expresa acerca de la preservación de la función niveladora y solidaria del aseguramiento obligatorio y universal de financiación pública corresponde, no obstante, una significativa y creciente convicción de que la sostenibilidad del sistema requerirá la actualización en el caso de los medicamentos y de implantación de nuevas fórmulas de corresponsabilización del usuario en el pago de ciertas prestaciones del catálogo básico.

8.1. EL FUTURO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Ante las expectativas asociadas a la nueva situación creada en el Sistema Nacional de Salud por los recientes traspasos del INSALUD a las diez Comunidades Autónomas sin competencias en la gestión de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social y por la adopción del también "nuevo" modelo de financiación autónoma, son de interés las predicciones recogidas acerca de aspectos significativos en la evolución inmediata de nuestro sistema sanitario público.

Ni la universalidad, ni la financiación pública o el aseguramiento obligatorio que definen el actual Sistema Nacional de Salud, son objeto de pronóstico discrepante según se desprende de los sólidos consensos que se registran en torno al mantenimiento de los mencionados atributos.

Esta predicción de continuidad de los atributos básicos del actual modelo es matizada por el contraste entre las preferencias divididas – 49,2% frente al 50,8% – en relación con la deseabilidad del seguro privado como complemento del público, que se corresponden con una mayoría de panelistas (83,0%) pronosticando la ocurrencia de la generalización del seguro voluntario complementario a lo largo de los próximos doce años.

La coincidencia acerca del mantenimiento de los principios generales del sistema sanitario público se quiebra cuando se plantean diversas oportunidades de modernización y profundización en la dimensión de la equidad y de la capacidad de respuesta adaptativa del sistema público a las necesidades cambiantes de la población y particularmente de la población pediátrica: un 81,7% de los consultados descarta que en los próximos doce años se

establezca un organismo o agencia específico y autónomo para defender los intereses sociales y sanitarios de la infancia.

Aunque se alcanza el consenso en el deseo de que el sistema sea sensible a las preferencias y necesidades de la población, se aborde con prioridad la respuesta a las desigualdades y la discriminación de acceso, exclusión social y utilización de los servicios públicos, una mayoría significativa de panelistas no espera que el sistema responda de manera aceptable a esas expectativas.


Frente al 90,1% que registra el deseo de que se establezca una integración sin fronteras entre los servicios sanitarios y sociales al objeto de atender sin discontinuidad necesidades emergentes de etiología social, el 75% de los mismos consultados no espera que este deseo se materialice.

Además, un 80,9% de los panelistas pronostica que la priorización explícita de algunas prestaciones restringirá su actual acceso sin restricciones.








Una holgada mayoría (86,5%) pronostica el aumento del copago actual en la prestación farmacéutica y en la corresponsabilidad en el coste de la dispensación de prótesis y accesorios paliativos de limitaciones sensoriales de la movilidad (82,2%).

Una mayoría semejante – cercana al 85% – predice que el copago no se implantará en las prestaciones asistenciales hospitalarias, mientras que un 57,9% pronostica la implantación de copago en las prestaciones asistenciales de Atención Primaria.

Tabla 8.1. El futuro del Sistema Nacional de Salud

<p>VI.1.- El Sistema Nacional de Salud constituye para una gran parte de ciudadanos un logro destacado de nuestro sistema de protección social, proporcionando cobertura gratuita y universal sobre la base de la necesidad sanitaria en lugar de la capacidad y disposición a pagar. Exprese su adhesión (S) o rechazo (N) en relación con los enunciados que siguen. Distinga entre sus propias opiniones o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"- en los próximos 12 años.</p>	DESEO	OCURRIRÁ
1.- El SNS continuará proporcionando provisión universal sobre la base de la necesidad clínica y no de la capacidad de pago de los ciudadanos.	C	C
2.- El SNS adecuará su cartera de servicios de previsión universal a las necesidades y preferencias de los pacientes, sus familias y sus cuidadores.	C	
3.- Las desigualdades de salud entre la población pediátrica en España merecerán atención prioritaria por parte del SNS.	C	
4.- El SNS priorizará la reducción de desigualdades de salud y de acceso a los servicios sanitarios en la población pediátrica atendiendo la especificidad de la población emigrante, las minorías étnicas y las nuevas formas de exclusión social.	C	
5.- El SNS se dotará de un organismo específico y diferenciado que asuma la responsabilidad de defender los intereses de la infancia y adolescencia.	C	C
6.- El SNS y sus recursos se integrarán con los servicios sociales al objeto de eliminar las discontinuidades del servicio al público.	C	M
7.- El Seguro Sanitario Privado sustituirá la cobertura universal actual.	C	C
8.- El Seguro Sanitario Privado complementará la cobertura universal del SNS.		C
9.- El SNS restringirá el acceso a determinadas prestaciones por medio del establecimiento de prioridades explícitas.	M	C
10.- Aumentará la fracción financiada por el usuario en la dispensación de fármacos prescritos por los pediatras del SNS.	M	C
11.- Se establecerá un copago ⁽³⁾ en las prestaciones de atención primaria.	M	
12.- Se establecerá un copago en los procesos de hospitalización aguda.	C	C
13.- Se establecerá un copago en los episodios de hospitalización de larga duración.	C	M
14.- Se establecerá un copago para obtener prótesis y dispositivos para paliar déficits sensoriales (vista, oído, etc.) y limitaciones de la movilidad.	C	C
15.- Se establecerá copago para recibir asistencia buco-dental completa.		C

⁽³⁾ Se habla de mecanismos de copago cuando el usuario contribuye a financiar una parte de las prestaciones públicas que utiliza.

RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
		Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
		Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
		Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.







8.2. PARTICIPACIÓN DE LAS ASOCIACIONES EN LA POLÍTICA SANITARIA








Destaca el elevado consenso que se recoge acerca de la disposición y expectativas de las asociaciones profesionales a participar en la elaboración de los Planes Generales de Salud y programas específicos de salud pediátrica.

las organizaciones de pacientes y familiares, según se desprende de las posturas antagónicas: 45,2% pronósticos favorables y 54,8% desfavorables a su ocurrencia real.

Esta expectativa positiva de participación se corresponde con la desconfianza de que vaya a ocurrir lo mismo con

Tabla 8.2. Participación de las asociaciones en la política sanitaria

VI.2.- Exprese su adhesión (S) o rechazo (N) en relación con diferentes eventualidades de participación del asociacionismo profesional de la especialidad en la definición de la política sanitaria. Distinga entre sus propias opiniones o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"- en los próximos 12 años.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- Las asociaciones profesionales y científicas de las especialidades pediátricas participarán en la elaboración de los Planes Generales de Salud.		
2.- Las asociaciones de familiares y pacientes pediátricos participarán en el diseño de estrategias, programas y planes de salud infantil.		
3.- Las asociaciones profesionales de la pediatría impulsarán planes de salud infantiles que incluyan estrategias para reducir las desigualdades sanitarias de la población pediátrica.		

RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
		Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
		Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
		Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

9.	Formación e investigación	
9.1.	Formación continuada	84
9.2.	Formación de la especialidad (MIR)	87
9.3.	La investigación en pediatría	89
9.4.	Líneas de investigación prioritarias.....	92

9. FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN

La formación y la investigación constituyen dos de las más valiosas "palancas" estratégicas para direccionar cambios fundamentales en la concepción de la profesión y en su capacidad resolutoria.

La consulta ha establecido con claridad que los participantes –casi en un 70%– no desean que aumente la tasa de acreditación y financiación de plazas de formación de Médicos Internos Residentes en el inmediato futuro y que consideran inaplazable la inclusión de contenidos formativos en Pediatría Preventiva y Social para el ejercicio de la clínica con independencia del nivel asistencial.

En otro sentido, una de las necesidades más importantes para que una disciplina y su proyección profesional como la Pediatría se desarrolle al compás del progreso científico consiste en la observación constante de "señalizadores" o "alertas" que permitan establecer las prioridades de la investigación biomédica en términos del potencial de avance en el conocimiento y la aplicación clínica, así como el rendimiento social de la inversión correspondiente. Tampoco debe olvidarse la revolución que han experimentado las disciplinas de la evaluación y el papel central que están jugando las revisiones sistemáticas y la gestión del conocimiento juntamente con el análisis de decisión y la investigación cualitativa. Al solicitar a los panelistas sus pronósticos acerca de las líneas prioritarias de I+D en Pediatría no pasa inadvertido el hecho de que se señale con casi idéntico valor la investigación acerca de las desigualdades en salud y las aplicaciones diagnósticas y terapéuticas de la genética y la biología molecular: para nuestro colectivo de panelistas va a ser tan importante el progreso científico como la igualdad de oportunidades para que la infancia y la adolescencia se puedan beneficiar del mismo indiscriminadamente.

9.1. FORMACIÓN CONTINUADA

Al constituir la formación y la investigación biomédica dos componentes principales en el desarrollo de las especialidades y la práctica clínica pediátrica, la consulta incluyó en los cuestionarios una serie de propuestas acerca de transformaciones y cambios en la formación, en el flujo de recursos humanos a la formación postgraduada, a la transferencia de evidencia científica a la práctica clínica y a la priorización de líneas de investigación.

El colectivo muestra desconfianza acerca de que en la formación que se reciba en el inmediato futuro se atienda al desarrollo de la comunicación con los pacientes y su entorno familiar y al conocimiento de sus especificidades culturales, a pesar de que un 95,8% lo juzga deseable.

Este contraste en el consenso entre lo que se desearía que ocurriera y lo que realmente se espera que tenga lugar se refiere, asimismo, al requerimiento periódico a los profesionales para que demuestren su capacidad, conocimiento y experiencia en el uso de guías de buena práctica clínica.

No obstante, con una mayoría próxima a las tres cuartas partes del colectivo consultado, se espera que se incluya en la formación la Pediatría Preventiva y Social y que la Formación Continuada de los pediatras sea una responsabilidad compartida entre el profesional y la organización en la que preste sus servicios.

La práctica unánimidad (99,1%) acerca de lo deseable de que se reciba formación específica en organización y

gestión para los pediatras que asuman responsabilidades directivas se corresponde con un 78,8% de respuestas favorables a que eso ocurra realmente.



El *cluster analysis* que se presenta en el diagrama 9.1 permite segmentar a los participantes en dos patrones de opinión para los que no se evidencian diferencias significativas en cuanto a composición profesional y género.

Los panelistas del segundo grupo (47,9%) tienden a mantener una postura congruente en deseos y predicciones favorable a la implantación de las cinco propuestas de formación y desarrollo profesional planteadas.

Contrariamente, los miembros del primer grupo (52,1%) expresan en general una postura más escéptica aunque también son favorables a las propuestas de formación aludidas en este apartado.

La disociación entre deseos y pronósticos manifestada por los componentes del primer grupo es particularmente intensa cuando predicen que a lo largo de los próximos 12 años, no sucederá que: (1) todos los profesionales con actividad clínica deberán demostrar periódicamente su capacidad para aplicar guías de buena práctica clínica y evaluar su impacto; ni (2), que todos los profesionales en ejercicio de la Pediatría deberán recibir formación que desarrolle sus habilidades de comunicación con los pacientes y sus familias y el conocimiento de las especificidades culturales de sus pacientes.

Tabla 9.1. Formación continuada

VII.1.- Exprese su adhesión (S) o rechazo (N) en relación con las siguientes propuestas relacionadas con la Formación . Distinga entre sus propias opiniones o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"- en los próximos 12 años.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- La formación en pediatría preventiva y social será necesaria para el ejercicio de la clínica sea cual fuere el nivel asistencial.	C	M
2.- Todos los profesionales con actividad clínica deberán demostrar periódicamente su capacidad para aplicar guías de buena práctica clínica y evaluar su impacto.	C	
3.- Los pediatras clínicos que deseen acceder a responsabilidades directivas deberán recibir previamente formación en métodos y técnicas de gestión, organización y dirección.	C	M
4.- Todos los profesionales en ejercicio de la pediatría deberán recibir formación que desarrolle sus habilidades de comunicación con los pacientes y sus familias y el conocimiento de las especificidades culturales de sus pacientes.	C	
5.- La formación continuada de los pediatras será una responsabilidad compartida entre el profesional y la institución en la que preste sus servicios.	C	M


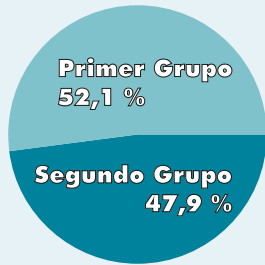
RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
U	U	Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
C	C	Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
M	M	Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

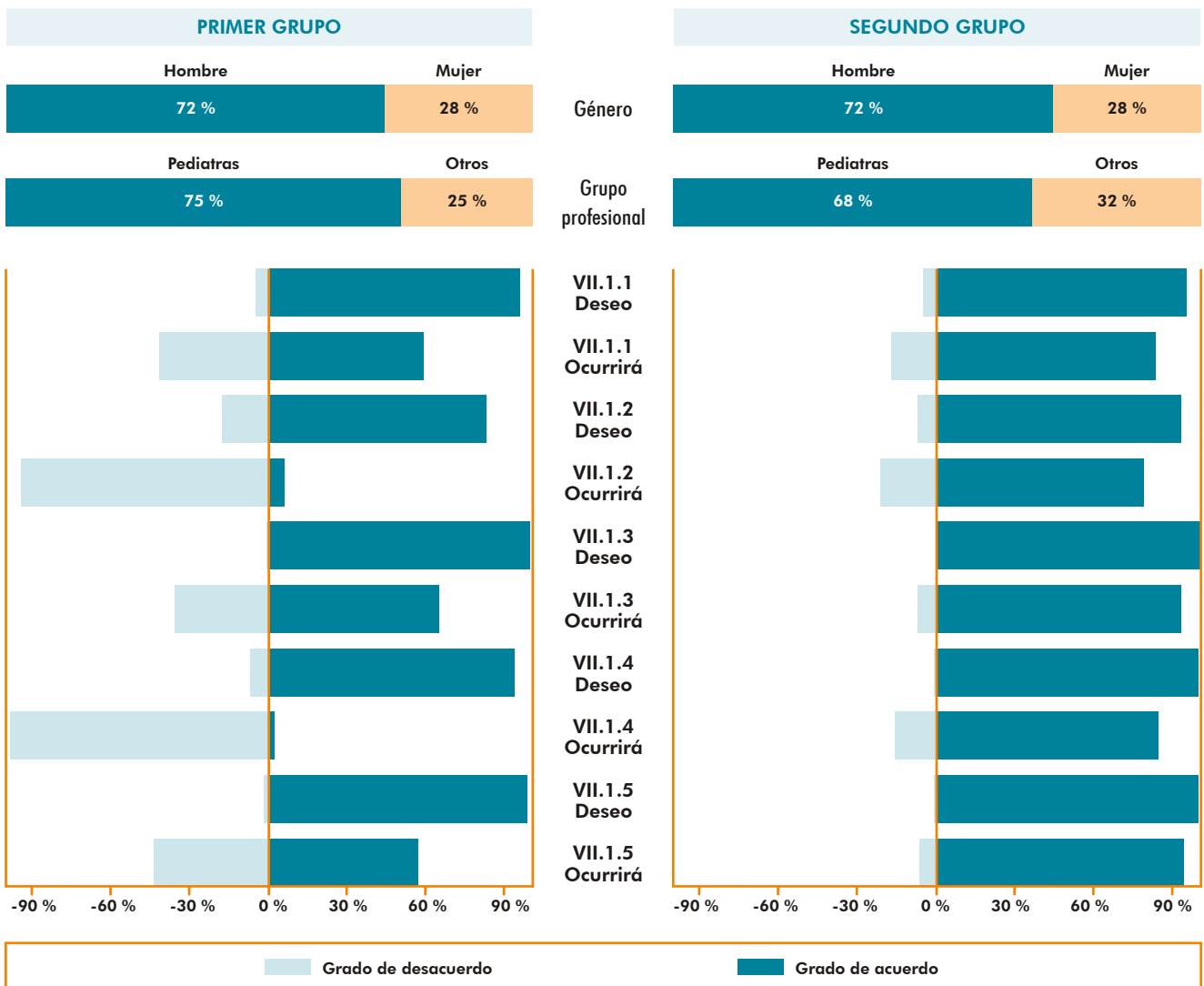
Diagrama 9.1. Formación continuada



El **cluster analysis** ha permitido identificar dos grupos de opinión que comprenden un 98,8% de casos válidos y explican un 82,1% de la varianza conjunta.

El primer grupo incluye el 52,1% del conjunto de expertos (N=101), mientras que el segundo grupo representa el 47,9% (N=93).

No se observan diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a grupo profesional ($p=0,3$) o género ($p=1,0$).



9.2. FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD (MIR)

Atendiendo a la evolución de las plazas de financiación pública para formación de médicos especialistas en los últimos quince años, es interesante observar que sólo un 30,5% de los consultados desea que la tasa de plazas MIR de Pediatría – 12% de crecimiento interanual– aumente, siendo sólo un 9,4% los que esperan que eso ocurra.

En comparación con estas ciertamente pocas expectativas de aumento, un 51,7% desea manifestar que aumenten las plazas de Medicina Familiar y Comunitaria, a la tasa interanual de un 27%, frente a una expectativa de ocurrencia real de aumento, en esta misma proporción, que suscribe un 65,5% de los panelistas.

La especialidad que concita los menores deseos (10,8%) y expectativas de ocurrencia real (3,4%) de aumento de

la tasa interanual registrada en los últimos quince años es la de Obstetricia y Ginecología.

El *cluster analysis* que se representa en el diagrama 9.2 pone de manifiesto dos grupos que presentan patrones de opinión significativamente diferentes, aunque en ambos grupos sea destacable la congruencia que se aprecia entre las preferencias y predicciones que formulan.

En efecto, el grupo minoritario (26,4%) manifiesta expectativas de crecimiento de las plazas MIR mucho menores para todas las especialidades encuestadas que el mayoritario primer grupo (73,6%) en el que hay una mayor proporción – sin significación estadística– de panelistas que no son pediatras.

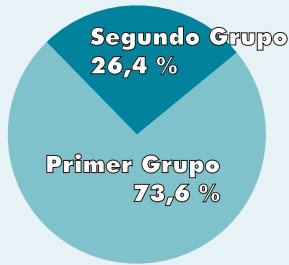
Tabla 9.2. Formación de la especialidad (MIR)

VII.2.-¿Cómo cree que evolucionará el número de plazas MIR de financiación pública para la formación de especialistas? Distinga entre sus propias opiniones o preferencias -columna "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -columna "OCURRIRÁ"-.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- En promedio, la tasa interanual de plazas MIR de pediatría entre la convocatoria 1985-86 y 2000-01 ha aumentado el 12%. En los próximos 12 años esta tasa...	=	=
2.- En promedio, la tasa interanual de plazas MIR de obstetricia y ginecología entre la convocatoria 1985-86 y 2000-01 ha aumentado el 49%. En los próximos 12 años esta tasa...	=	=
3.- En promedio, la tasa interanual de plazas MIR de medicina familiar y comunitaria entre la convocatoria 1985-86 y 2000-01 ha aumentado el 27%. En los próximos 12 años esta tasa... ⁽⁴⁾	↑	↑
4.- En promedio, la tasa interanual de plazas MIR de cirugía general y del aparato digestivo entre la convocatoria 1985-86 y 2000-01 ha aumentado el 9%. En los próximos 12 años esta tasa...	=	=

⁽⁴⁾ El 51,7% manifiesta el deseo de aumento y un 65,5% cree que efectivamente aumentará.

RESPUESTAS	CLAVE	LEYENDA
↑	Aumento	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
=	Sin Variación	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
↓	Disminución	La mitad o más de los consultados coinciden en esta opción.
●	Discrepancia	Resto de situaciones. Ninguna opción alcanza el acuerdo de la mitad o más de los consultados.

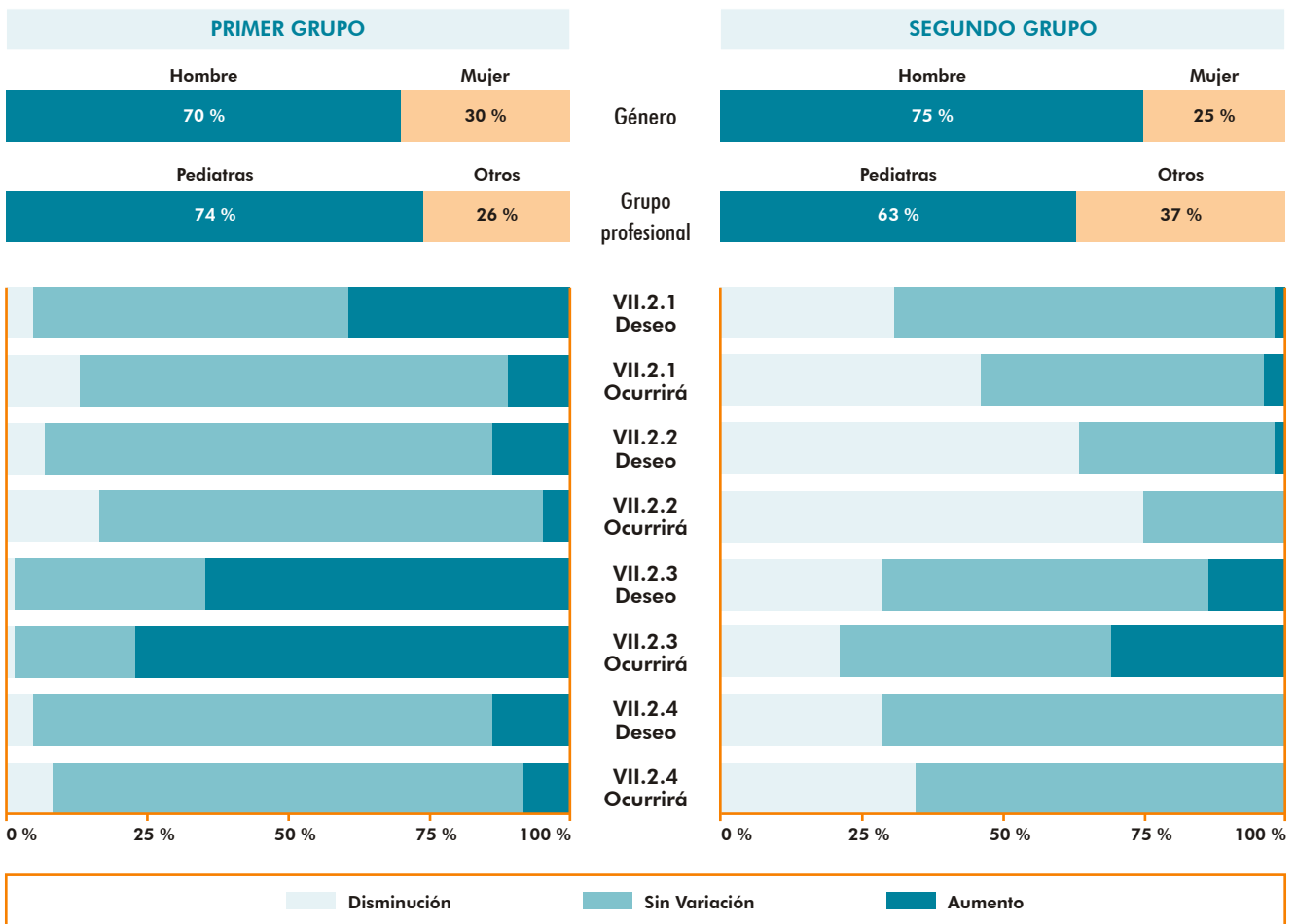
Diagrama 9.2. Formación de la especialidad (MIR)



El **cluster analysis** ha permitido identificar dos grupos de opinión que comprenden un 91,2% de casos válidos y explican un 61,0% de la varianza conjunta.

El primer grupo incluye el 73,6% de los expertos (N=145), mientras que el segundo grupo representa el 26,4% (N=52).

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a grupo profesional ($p=0,2$) o género ($p=0,6$).



9.3. LA INVESTIGACIÓN EN PEDIATRÍA

Todas las propuestas de pronóstico relacionadas con la investigación biomédica reciben un amplio apoyo de la gran mayoría de participantes.

Debe subrayarse la práctica unanimidad y coincidencia en el deseo y la predicción que suscita el aumento en la utilización por los profesionales de información sobre las bases científicas de la innovación diagnóstica y terapéutica: un 99,6% lo desean y un 91,3% creen que realmente ocurrirá.

Y del aumento del número de pediatras en ejercicio que participarán en proyectos de investigación biomédica: un 97,8% lo desean y un 81,1% creen que realmente tendrá lugar este aumento.

Sin embargo, las propuestas que se reciben con mayor escepticismo y división de opiniones son las que se refieren a un crecimiento significativo en la actividad de transferencia de los resultados de la investigación biomédica a la práctica clínica (66,2%) y a que las prioridades de la inversión pública en I+D biomédica se establezcan de acuerdo con los objetivos de salud del SNS y no de manera discrecional por los propios investigadores (68,1%), aunque haya consenso entre los participantes en considerar deseables las dos posibilidades.

Es muy significativo que el 81,1% de los panelistas deseen y el 84,9% creen que la práctica clínica realizada sin referencias a la medicina basada en la evidencia

experimentará en el futuro un retroceso significativo.


Los dos patrones de opinión que se derivan del *cluster analysis* son abiertamente diferentes, aunque entre ambos grupos no haya diferencias significativas en cuanto a su composición profesional y género.

El segundo grupo – que cuenta con casi las tres cuartas partes de los efectivos– expresa la opinión predominante del conjunto de los expertos que es favorable a todas las propuestas formuladas en el cuestionario tanto en preferencias como en pronósticos.

En contraposición, el primer grupo (28,3%) acoge a panelistas que manifiestan mayor escepticismo respecto a la probabilidad de ocurrencia de las propuestas planteadas, a pesar de que también las consideran deseables.

En este sentido hay que destacar la pronunciada disociación –deseo favorable combinado con una baja predicción de ocurrencia– en la postura de los miembros del grupo minoritario cuando opinan acerca de que: (1) la práctica clínica se va a fundamentar hegemónicamente en la transferencia de los resultados de la investigación biomédica; (2), las prioridades de la inversión pública en I+D biomédica se van a establecer de acuerdo con los objetivos de salud del SNS y no de manera discrecional por los propios investigadores; y (3), aumentará el número de pediatras en ejercicio clínico que participen en proyectos de investigación biomédica.

Tabla 9.3. La Investigación en pediatría

VII.3.- Exprese su adhesión (S) o rechazo (N) en relación con las siguientes propuestas relacionadas con la Investigación . Distinga entre sus propias opiniones o preferencias -casillas "DESEO"- y lo que le parece que realmente ocurrirá -casillas "OCURRIRÁ"- en los próximos 12 años.	DESEO	OCURRIRÁ
1.- La práctica clínica se fundamentará hegemonícamente en la transferencia de los resultados de la investigación biomédica.	C	
2.- Aumentará el número de pediatras en ejercicio clínico que participen en proyectos de investigación biomédica.	C	C
3.- Aumentará el acceso y el uso de la información sobre la base científica de la innovación diagnóstica y terapéutica.	C	C
4.- La práctica clínica realizada sin referencias a la medicina basada en la evidencia experimentará un retroceso significativo.	C	C
5.- Las prioridades de la inversión pública en I+D biomédica se establecerán de acuerdo con los objetivos de salud del SNS y no de manera discrecional por los propios investigadores.	C	M


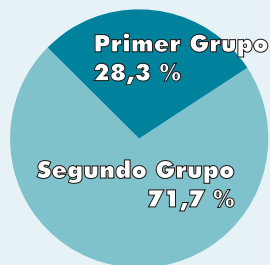
RESPUESTAS		CLAVE	LEYENDA
afirmativas	negativas		
U	U	Unanimidad	Todos los consultados están de acuerdo.
C	c	Consenso	Las 8/10 partes de consultados o más están de acuerdo.
M	M	Mayoría	Entre los 2/3 o más y hasta las 8/10 partes de consultados están de acuerdo.
		Discrepancia	Resto de situaciones. Significativa división de opinión entre los consultados.

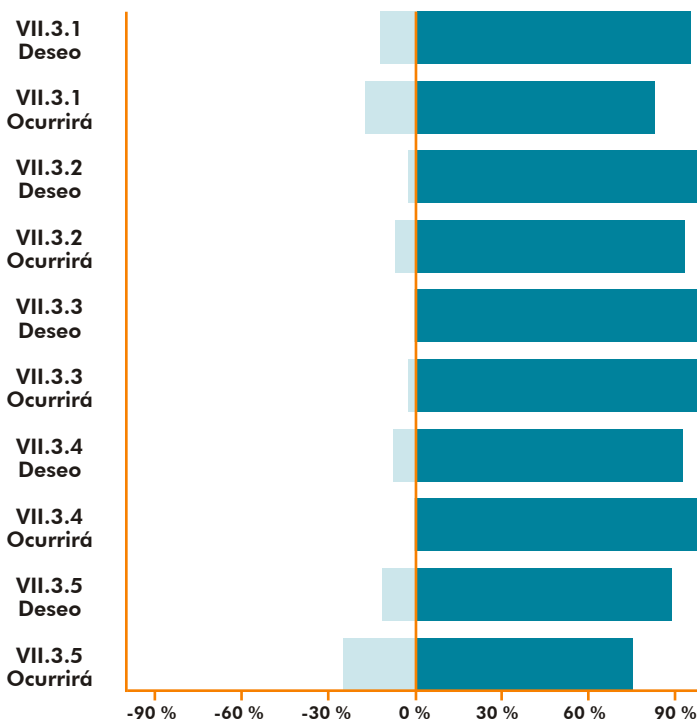
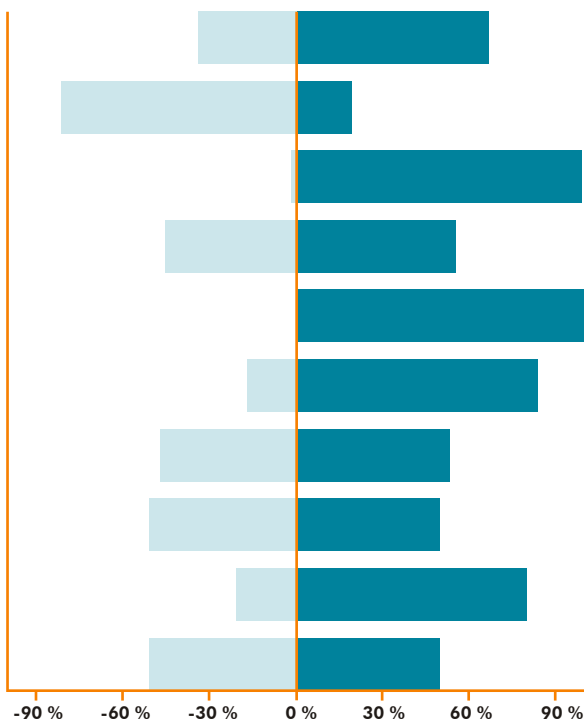
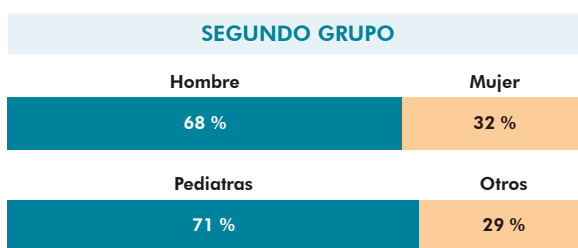
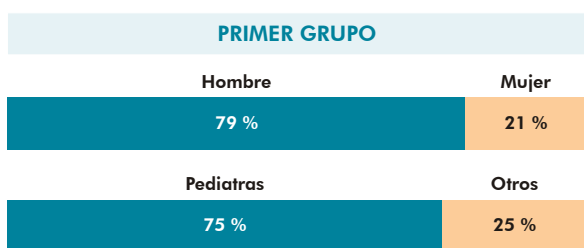
Diagrama 9.3. La Investigación en pediatría



El **cluster analysis** ha permitido identificar dos grupos de opinión que comprenden un 86,6% de casos válidos y explican un 72,3% de la varianza conjunta.

El primer grupo incluye al 28,3% del conjunto de expertos (N=53), mientras que el segundo grupo representa al 71,7% (N=134).

No se observan diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto a grupo profesional ($p=0,6$) o género ($p=0,2$).



Grado de desacuerdo
















Grado de acuerdo

9.4. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN PRIORITARIAS





En términos absolutos las cinco líneas de investigación –sobre quince posibilidades seleccionadas por el Grupo Asesor del Delphi y priorizadas por las mayores frecuencias de coincidencia en la valoración de los panelistas– fueron:

- Salud Mental y trastornos del comportamiento (84,8%).
- Pediatría Social: investigación en desigualdades de salud e incidencia de factores de riesgo (78,7%).
- Desarrollo de aplicaciones del cribaje genético (73,9%).
- Oncología: diagnóstico precoz y oncogenética (73,0%).
- Enfermedades infecciosas prevalentes y emergentes (70,1%).

Tabla 9.4. Líneas de investigación prioritarias

<p>VII.4.- Valore de 0 a 5 la prioridad que otorgan las líneas de investigación siguientes referidas a la pediatría en los próximos 15 años⁽⁵⁾. Puntúe con un '5' las que usted considere más prioritarias y utilice un valor decreciente hasta puntuar con un '0' las propuestas que considere sin ninguna prioridad.</p>	<p>RESULTADOS</p>
<p>1.- Salud mental de niños y adolescentes: trastornos del comportamiento alimentario (bulimia y anorexia) y prevención, detección precoz y tratamiento de drogodependencias.</p>	
<p>2.- Pediatría social. Investigación de desigualdades en salud: factores de riesgo nutricional (obesidad, hipercolesterolemia), accidentes, malos tratos (físicos y psíquicos), etc.</p>	
<p>3.- Aplicaciones diagnósticas y terapéuticas de la genética y biología molecular: prevención de enfermedades congénitas y hereditarias, etc.</p>	
<p>4.- Enfermedades infecciosas prevalentes (meningitis, neumonía, etc.) y emergentes (VIH, etc): prevención (vacunas), diagnóstico y tratamiento.</p>	
<p>5.- Oncología: diagnóstico precoz e investigación de tratamientos más selectivos incluyendo farmacogenética.</p>	
<p>6.- Diagnóstico precoz prenatal y perinatal, incluyendo la prematuridad y sus secuelas.</p>	
<p>7.- Impacto de los estilos de vida en la salud y calidad de vida de pacientes crónicos (asma, fibrosis quística, enfermedad celiaca, síndrome de Down, discapacitados, etc.).</p>	
<p>8.- Enfermedades alérgicas incluyendo el asma, incluyendo el impacto de factores medioambientales.</p>	
<p>9.- Enfermedades metabólicas (diabetes, etc.): prevención primaria y nuevas formas de tratamiento.</p>	
<p>10.- Trasplantes de órganos y tejidos, incluyendo los trasplantes de tejido fetal.</p>	
<p>11.- Técnicas de cirugía fetal, incluyendo cirugía mínimamente invasiva.</p>	
<p>12.- Investigación evaluativa: adecuación de la práctica clínica a la evidencia científica, eficiencia de las decisiones clínicas (guías de buena práctica), farmacoeconomía, etc.</p>	
<p>13.- Investigación de nuevos fármacos y nuevas aplicaciones de los ya existentes.</p>	
<p>14.- Robótica y telemedicina: aplicaciones médicas y quirúrgicas.</p>	
<p>15.- Bioética y factores médico-legales relacionados con el menor.</p>	

⁽⁵⁾ Las cuestiones de este apartado se han formulado a partir de las propuestas realizadas por el conjunto de los expertos en el apartado homónimo del cuestionario de la primera ronda.

<p>RESPUESTAS</p>	<p>CLAVE</p>	<p>LEYENDA</p>
	<p>Alta prioridad</p>	<p>La mitad o más de los consultados puntúan la prioridad con 4 ó 5.</p>
	<p>Prioridad media</p>	<p>La mitad o más de los consultados puntúan la prioridad con 2 ó 3.</p>
	<p>Baja prioridad</p>	<p>La mitad o más de los consultados puntúan la prioridad con 0 ó 1.</p>
	<p>Discrepancia</p>	<p>Resto de situaciones. Ninguna opción alcanza el acuerdo de la mitad o más de los consultados.</p>