



COMPETENCIAS TRANSVERSALES EN PEDIATRÍA

**ESTUDIO DE SALUD PEDIÁTRICA EN CINCO PAÍSES EUROPEOS:
RUMANÍA, HUNGRÍA, ITALIA, ESPAÑA, ALEMANIA**

Investigación llevada a cabo dentro del Proyecto de Erasmus+
Alianzas Estratégicas: *Softis-Ped - Competencias Transversales
en Pediatría*

Proyecto Número: 2016-1-RO01-KA203-024630



Autores:

Oana Marginean, UMF Tirgu Mures, Romania, oana.marginean@gmail.com
Lorena Melit, UMF Tirgu Mures, Romania, lory_chimista89@yahoo.com
Mihaela Chincesan, UMF Tirgu Mures, Romania, mchincesan@yahoo.com
Anisoara Pop, UMF Tirgu Mures, Romania, pop.anisoara@umftgm.ro
Simona Muresan, UMF Tirgu Mures, Romania, muresan.simona@umftgm.ro
Andreea Varga, UMF Tirgu Mures, Romania, dr.andreeavarga@gmail.com
Anca Meda Georgescu, UMF Tirgu Mures, Romania, ancameda.georgescu@umftgm.ro
Anca Gherasim, Emergency County Hospital Tirgu Mures, Romania
gherasimancadelia@yahoo.fr
Nicoleta Suci, UMF Tirgu Mures, Romania, nico.suciu03@gmail.com
Leonard Azamfirei, UMF Tirgu Mures, Romania, leonard.azamfirei@gmail.com
Andras Gabor, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, agabor@filab.hu
Barbara Gausz, Future Internet Living Lab Budapest, Hungary, bgausz@filab.hu
Sabrina Grigolo, ASLO TO3, Piemonte, Italy, sgrigolo@aslto3.piemonte.it
Lucia Pagana, ASLO TO3, Piemonte, Italy, lpagana@aslto3.piemonte.it
Emanuele Valenti, Hospital Alcorcon, Universidad Europea de Madrid, Spain
emanuele.valenti@universidadeuropea.es
Lucia Gerstl, Dr. von Hauner Children`s Hospital, Department of Pediatric Neurology,
University Hospital, LMU Munich, Lucia.Gerstl@med.uni-muenchen.de
Daniel Tolks, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich, Germany,
Daniel.Tolks@med.uni-muenchen.de
Martin Fischer, Institute for Medical Education, University Hospital, LMU Munich, Germany,
Martin.Fischer@med.uni-muenchen.de

Editores:

1. Oana Marginean
2. Anișoara Pop
3. Lorenzo Martellini

Ref. 1. Prof. Azamfirei

Ref. 2. Prof. Asoc. Simona Muresan. PhD

Prefacio

Competencias transversales en Pediatría es el resultado de un estudio sobre pediatría llevado a cabo en cinco países europeos: Rumanía, Hungría, Italia, España, y Alemania, a través del Proyecto de Alianzas Estratégicas de Erasmus+: *Softis-Ped – Competencias Transversales en Salud Infantil*, con código de proyecto: 2016-1-RO01-KA203-02463, financiado por la Comisión Europea.

El objetivo del presente proyecto es el de identificar las competencias transversales más importantes para los pediatras, vincularlas con las mejores metodologías y estrategias docentes, y elaborar unas líneas guías y otros materiales para enseñar a formadores cómo usarlas y cómo desarrollar con ellas futuras competencias para los pediatras. A tal efecto, el presente estudio llevará a cabo la primera parte de los objetivos del proyecto, en concreto, identificar las competencias transversales necesarias en cada país participante en lo relativo a comunicación, entorno hospitalario, transparencia en la comunicación, gestión del tiempo y aspectos interculturales.

Los resultados del estudio contribuirán finalmente a la mejora de la educación y los servicios pediátricos mediante el perfeccionamiento de la comunicación con pacientes infantiles y sus familias, la comunicación con el equipo médico y la comunicación intercultural.

Lista de Autores

Oana Marginean – Anisoara Pop
Universidad de Medicina y Farmacia de Tirgu Mures, Rumanía
oana.marginean@gmail.com
pop.anisoara@umftgm.ro

András Gábor - Barbara Gausz,
Future Internet Living Lab Budapest
Budapest, Hungría
bgausz@filab.hu

Sabrina Grigolo – Lucia Pagana
ASLO TO3, Piamonte, Italia
sgrigolo@aslto3.piemonte.it
lpagana@aslto3.piemonte.it

Emanuele Valenti
Benjamín Herreros
Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, España
Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Madrid, España
emanuele.valenti@institutoeticaclinica.org
benjamin.herreros@institutoeticaclinica.org

Lucia Gerstl* – Daniel Tolks** – Martin Fischer**
*Hospital Infantil Dr. von Hauner, Departamento de Neurología Pediátrica,
Hospital Universitario, LMU Múnich, Alemania
Instituto de Educación Médica, Hospital Universitario, LMU Múnich, Alemania
Lucia.Gerstl@med.uni-muenchen.de
Daniel.Tolks@med.uni-muenchen.de
Martin.Fischer@med.uni-muenchen.de

CONTENIDO

Capítulo 1. INTRODUCCIÓN	6
Sistema de Salud Pediátrica en Rumanía	6
Sistema de Salud Pediátrica en Hungría	17
Sistema de Salud Pediátrica en Italia	22
Sistema de Salud Pediátrica en España	25
Sistema de Salud Pediátrica en Alemania	32
Capítulo 2. ESTUDIO DE COMPETENCIAS	39
TRANSVERSALES	
Materiales y método	39
Resultados y discusión	45
Comunicación	45
Transparencia	62
Entorno hospitalario	79
Aspectos interculturales	87

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

ESTUDIO DE SALUD PEDIÁTRICA EN CINCO PAÍSES EUROPEOS: RUMANÍA, HUNGRÍA, ITALIA, ESPAÑA, ALEMANIA

RESUMEN

El presente capítulo presenta una visión general del sistema de salud y del sistema de salud pediátrica público y privado en particular en cinco países europeos miembros del proyecto Competencias Transversales en Pediatría: Rumanía, Hungría, Italia, España, y Alemania, con estadísticas relativas al seguro de salud y formación, es decir, plan de estudios y competencias previstas en educación pediátrica de grado, posgrado y educación médica continua.

I. SISTEMA DE SALUD PEDIÁTRICA EN RUMANÍA

1.1. El Sistema de salud en Rumanía

En 1999, Rumanía comenzó a implementar el sistema de seguridad social en salud Bismark, como la mayoría de los Estados miembros de la UE (Alemania, Austria, Bélgica, Francia, Luxemburgo y los Países Bajos) caracterizado por la recaudación de primas de salud en un fondo único denominado Fondo Nacional del Seguro de Salud (National Fund Health Insurance, NFHI) que consiste en:

- ingresos de contribuciones obligatorias para el seguro de salud, complementado con subsidios del presupuesto estatal,
- partidas de otras fuentes diversas (donaciones, patrocinios, interés bancario, explotación de instalaciones e infraestructuras del servicio de salud),
- partidas transferidas de los presupuestos del Ministerio de Salud.

Desde 2014, se introdujo el *reembolso*, exigiendo que los agentes de la industria farmacéutica contribuyeran al sistema de salud pública con una aportación determinada sobre la base del volumen de negocio obtenido con fondos públicos del NFHI para permitir a los organismos del seguro de salud recuperar parcialmente los montos otorgados en un sistema de reembolso.

Los elementos definitorios del sistema de seguro de salud en Rumanía son:

- La administración del NFHI se lleva a cabo por el Instituto de Seguro de Salud Nacional;
- los asegurados se comprometen a pagar una contribución de acuerdo con la renta imponible;
- la contribución del seguro se fija como un porcentaje sobre los ingresos y no según los riesgos individuales de las personas aseguradas;
- todas las personas aseguradas se benefician de un paquete similar de servicios básicos por contrato;
- El NFHI no excluye la existencia de un seguro privado.

En 2015 el seguro de salud cubría el 87% de la población, porcentaje que corresponde a 17.191.563 personas inscritas en la lista de médicos de familia, del total de 19.759,96 habitantes registrados según los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística el 31 de diciembre de 2015.

Los empleados representan la categoría más grande de asegurados, es decir, 34.04%, seguidos por jubilados y niños, esto es, un 26.82% y 22.24% respectivamente (Fig. 1).

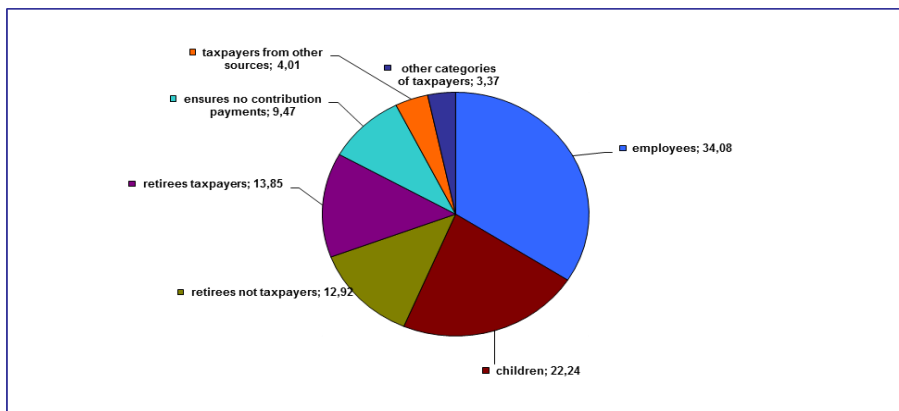


Fig. 1. Estructura de las categorías aseguradas de rumanos, incluidos los niños

[cont. Fig. 1.: empleados; 34,08; niños; 22,24; jubilados no contribuyentes; 12,92; jubilados contribuyentes; 13,85; asegurados sin pagos contributivos; 9,47; contribuyentes de otras fuentes; 4,01; otras categorías de contribuyentes; 3,37]

Con referencia a los gastos, el NIHF proporcionó fondos para aproximadamente el 68% de los servicios de salud, mientras que el Ministerio de Salud asignó el 11%, el resto de los fondos provistos por los pacientes (Fig. 2).

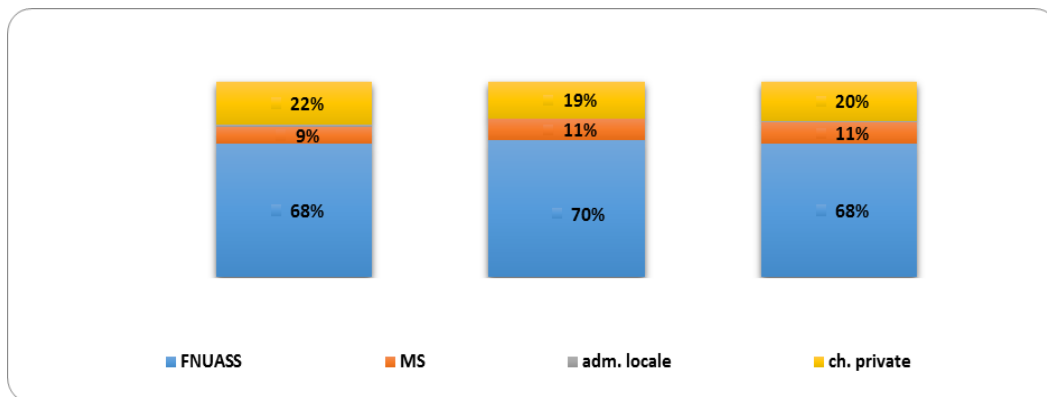


Fig. nr. 2. Gastos relacionados con la salud según la fuente (% del total)

Fuente: CNAS, M.F.P., Mind Research & Rating

A continuación se presentan los créditos presupuestarios aprobados en comparación con los pagos del Fondo Nacional de Seguro de Salud (Tabla I):

Tabla 1 Gastos presupuestarios para 2015

	Presupuesto (miles euro)	Gastos (miles euro)	Ejecución
Total gastos de los cuales:	5,211,440	5,196,873	99,72%
1. Gastos Salud:	4,884,720	4,870,203	99,70%
Productos farmacéuticos, materiales sanitarios y dispositivos médicos	2,056,135	2,053,905	99,89%
Servicios médicos ambulatorios	660,370	657,578	99,58%
Transporte sanitario y de emergencia prehospitalario	7,908	7,866	99,47%
Servicios médicos en hospitales (unidades de cama)	1,997,890	1,996,484	99,93%
Atención domiciliaria	12,803	12,736	99,48%
Servicios médicos según documentación internacional	92,106	92,106	100,00%
Gastos años anteriores, recuperados en año actual	0	5,443	-
Gastos de administración del Fondo	57,507	54,926	95,51%
2. Gastos Seguridad Social	326,720	326,670	99,98%

Los datos anteriores demuestran una hipertrofia de la atención hospitalaria que tiene una de las tasas más altas de gastos de atención médica (40,99%) dentro del sistema de seguro de salud. Por el contrario, los servicios ambulatorios representan el 13,50% del costo total del gasto en salud, de los cuales el 50% (1.503.342 mil RON) son los costos primarios de atención médica, el resto son clínicos, de laboratorio, medicina dental, atención ambulatoria y recuperación.

La optimización de este desequilibrio requiere una acción urgente para garantizar una mayor cobertura de las necesidades de salud de la población con servicios del sistema base, es decir, servicios de apoyo comunitario, servicios de asistencia prestados por el médico de familia y la clínica ambulatoria. Estos servicios deben ser capaces de responder a las principales necesidades relacionadas con episodios agudos de enfermedad y control de pacientes con enfermedades crónicas importantes (diabetes, hipertensión, enfermedad pulmonar obstructiva crónica), por lo que los servicios hospitalarios deben recurrirse sólo en circunstancias que requieren una complejidad avanzada servicios.

Esta visión, respaldada por la implementación desde 2014 de un nuevo paquete de servicios de salud, con el objetivo de aplicar condiciones relacionadas con la medicina basada en evidencia y la provisión de servicios rentables en la parte baja del sistema, es el principal desafío del sistema de seguridad social en salud en Rumanía.

1.1.1. Servicios públicos pediátricos

Los **servicios públicos de salud pediátrica** en Rumanía son gratuitos. Por lo tanto, los niños y jóvenes hasta la edad de 26 años, si están inscritos en el sistema educativo (es decir, alumnos, estudiantes o aprendices) y si no tienen ingresos, se benefician de la admisión hospitalaria gratuita y la terapia. Los jóvenes de hasta 26 años que provienen del sistema de protección infantil, no tienen ingresos del empleo o no se benefician de la seguridad social, están exentos del pago de la contribución del seguro de salud.

Las madres aseguradas de niños hasta la edad de 2 años o de un niño con discapacidad hasta la edad de 3 y madres que crían a un niño discapacitado de 3-7 años, se benefician de vacaciones pagadas del presupuesto estatal o del presupuesto estatal de la seguridad social.

También hay **programas nacionales de salud** coordinados directamente por el Ministerio de Salud. Algunos de ellos están dirigidos a la madre y al niño y proporcionan fondos especiales para la detección, tratamiento farmacológico y manejo dietético de afecciones como fenilcetonuria, hipotiroidismo, prevención, diagnóstico y tratamiento de síndromes de malabsorción, hepatitis crónica, fibrosis quística, asma, inmunodeficiencia congénita o adquirida, tratamiento de distrofia, terapia surfactante, etc. Además, hay programas coordinados por el Instituto Nacional de Salud que brindan tratamiento curativo profiláctico de la hemofilia en niños, tumores malignos (incluido el inmunofenotipo para el diagnóstico de leucemia aguda en niños, etc.).

1.1.2. Datos demográficos en Rumanía

El número de nacidos vivos en 2015 fue de 187.372 (185.006 con residencia en Rumanía y 2.366 en el extranjero) frente a 185.322 nacidos vivos en 2014, lo que supone un marcado descenso en comparación con 1989 cuando hubo 369.544 nacidos vivos. El **número de fallecimientos** en 2015 fue de 260.997 decesos (254.791 decesos en 2014), un aumento más pronunciado en comparación con 1989 (247.306 decesos). Las principales **causas de mortalidad** en 2015 estuvieron representadas por: enfermedades cardiovasculares (153,849 decesos), cáncer (51,288 decesos), enfermedades respiratorias (14,992 decesos), digestivas (14,374 decesos) y accidentes (9,730 decesos).

El número de **fallecimientos de pacientes menores de 1 año** cayó a 1,493 decesos en 2015 en comparación con 1,634 decesos en 2014. En 1989, el número de decesos de pacientes <1 año fue de 9,940.

Los **abortos** fueron de 378,3 casos por cada 1.000 nacidos vivos frente a 400,6 casos / 1000 nacidos vivos en 2014, con 0,4 abortos por un nacimiento vivo. En 1989 hubo 0.5 abortos / un nacimiento vivo (522.5% de nacidos vivos).

El número de **fallecimientos maternos** por complicaciones del embarazo, el parto y el puerperio fue de 28 en 2015 en comparación con 24 muertes maternas en 2014, mientras que el total de días de baja por enfermedad para la atención de niños enfermos fue de 24,802 días / 2015.

1.2. Educación en pediatría – Universidad de Tirgu Mures

La Universidad de Medicina y Farmacia de Tirgu Mureș tiene un total de 5.500 estudiantes a tiempo completo de pregrado y maestría, incluyendo estudiantes de doctorado y residentes, de los cuales existen unos 50 residentes de Pediatría (10 por año en un programa de rotación de 5 años), y alrededor de 500 docentes, de los cuales 51 son coordinadores de doctorado que incluyen Pediatría. Más de 60 cursos de postgrado se llevan a cabo cada año, con 4 cursos en pediatría y neonatología (en 2016). La Universidad trabaja en colaboración con el Hospital Clínico de Emergencias Mures (con más de 3.500 camas), donde la mayoría de los médicos asumen citas académicas y clínicas. Este tándem médico-educativo facilita la adquisición de habilidades prácticas de los estudiantes durante la instrucción práctica y las residencias clínicas, al mismo tiempo que profundizan y afianzan la investigación médica.

La dimensión internacional de la Universidad se refleja en los programas de medicina general y odontología que ofrecen clases de inglés a tiempo completo con estudiantes que vienen de Europa (Italia, Bélgica, Alemania, Francia, Inglaterra, Grecia) y otros países del mundo (África, Asia, EEUU).

Pediatría [6] se enseña a todos los estudiantes de pregrado en Medicina y Medicina Dental durante el quinto (penúltimo) año y Puericultura en el cuarto año de su educación médica formal de acuerdo con un plan de estudios de referencia internacional. Estos estudiantes también pueden optar por inscribirse en el curso opcional de neonatología, mientras que los estudiantes de enfermería estudian el curso relacionado con la pediatría: cuidado de la madre y el recién nacido. Cada año cerca de 70 estudiantes de medicina de pregrado en diferentes etapas de su educación médica realizan prácticas de verano en el Hospital Clínico de Pediatría I de Tirgu Mures. Estos estudiantes forman parte del grupo objetivo del proyecto actual.

El Departamento M4 de la Universidad de Medicina y Farmacia Tirgu Mures (medicina clínica) incluye 4 disciplinas pediátricas con un total de 24 docentes que representarán parte del grupo objetivo del proyecto: Pediatría I (7 docentes: 1 profesor, 3 profesores, 3 profesores auxiliares), Pediatría II (7 profesores: 1 profesor asociado, 3 profesores, 3 profesores auxiliares), Pediatría III (6 profesores: 1 profesor, 1 profesor asociado, 2 profesores, 2 profesores auxiliares), Pediatría IV (4 profesores: 1 profesor asociado, 1 profesor, 2 profesores auxiliares). El personal docente participa en conferencias de pediatría, aplicaciones prácticas y estancias clínicas y ha publicado libros de texto, libros de trabajo y recursos en línea que están disponibles a través de la plataforma de aprendizaje virtual de la universidad.

Aproximadamente 10 nuevos graduados solicitan residencia en pediatría, con un total de aproximadamente 50 residentes (también grupo objetivo del proyecto), rotando en la estructura de pediatría. El personal docente tiene formación básica, doctorado y posdoctorado, habilidades profesionales y competencias en pediatría, son autores de libros, libros de texto y trabajos de investigación y realizan presentaciones en eventos científicos internacionales y nacionales. Son miembros de sociedades nacionales e internacionales de pediatría, así como organizadores de talleres y simposios internacionales (por ejemplo, el XI Congreso Nacional de Pediatría con participación internacional, del 25 al 28 de septiembre de 2013).

Los estudiantes de pregrado y los residentes reciben una educación médica completa, teórica pero también práctica, centrada en el paciente. En este contexto, la formación de competencias transversales para toda la vida que el proyecto propone representaría el valor agregado para brindar una excelente atención pediátrica, mantener relaciones eficaces con los padres y mejorar la satisfacción del paciente y el médico.

1.2.1. Educación en pediatría de pregrado - El caso de la Universidad de Medicina y Farmacia de Tirgu Mures

La pediatría se enseña en los años 4-6 a lo largo de tres materias principales:

Puericultura – 4º año (14 horas de curso + 15 horas de prácticas)

Curriculum:

- Introducción al cuidado de niños. Crecimiento y desarrollo.
- El recién nacido: Recién nacido a término. El recién nacido postérmino. El recién nacido con bajo peso al nacer (PEG - pequeño para la edad gestacional).
- El recién nacido con mayor peso para la edad gestacional (LGA - grande para la edad gestacional - macrosoma). El recién nacido prematuro.
- Inmunizaciones. El calendario de vacunación para niños en Rumanía. Principios de nutrición.
- Nutrición para bebés y niños pequeños.
- Nutrición con fórmulas de leche. La nutrición del bebé prematuro.
- Nutrición de niños pequeños, niños en edad preescolar y adolescentes. Enfermedad diarreica aguda (TDA) en bebés y niños pequeños.
- **Competencias específicas adquiridas**
 - Tomar el historial del paciente, realizar un examen clínico completo del recién nacido y el niño
 - Realizar maniobras para el cuidado de bebés y niños pequeños (bañarse, pañales, vacunas, etc.)
 - Establecer un plan de alimentación adecuado de acuerdo a la edad
 - Hacer un esquema de diversificación para bebés
 - Establecer etapas de desarrollo psicomotor infantil
 - Hacer un cálculo de parámetros antropométricos
- **Competencias transversales:**
 - Adquirir competencias de comunicación oral y escrita con la madre y el paciente pediátrico
 - Llevar a cabo un proyecto, realizando tareas responsables específicas para un rol de equipo
 - Ejecución de proyectos bajo coordinación, para resolver problemas pediátricos específicos, con evaluación correcta de la carga de trabajo, recursos disponibles, tiempo y riesgo requeridos para completar la tarea, en condiciones de aplicar las normas de conducta y ética profesional en el campo de trabajo, así como reglas de seguridad y salud en el trabajo.

Pediatría – 5º año (42 horas de curso + 105 horas de prácticas)

Curriculum

- Fiebre en niños. Septicemia. Patología respiratoria infantil: enfermedades de las vías aéreas superiores;
 - Patología respiratoria: tos en niños; otomastoiditis del bebé; epiglotitis y laringotraqueobronquitis en niños; bronquiolitis aguda;
 - Patología respiratoria: neumonía bacteriana; neumonía intersticial; tratamiento de neumopatías; asma;
 - Patología Cardiovascular: cardiopatías congénitas; endocardiomiopatías; pericarditis; insuficiencia cardíaca;
 - Enfermedades del tracto digestivo: aspectos específicos de la enfermedad diarreica infecciosa aguda en niños. Enfermedad diarreica aguda no infecciosa, síndrome de deshidratación aguda, dolor abdominal recurrente, síndrome de malabsorción (enfermedad celíaca, fibrosis quística, intolerancia a los alimentos), reflujo gastroesofágico, gastritis y úlceras en los niños;
 - Enfermedades carenciales: raquitismo, anemia por deficiencia de hierro; malnutrición proteinoenergética;
 - Enfermedades vasculares del colágeno: artritis reumatoide juvenil; enfermedad de Kawasaki en niños;
 - Trastornos renales y urinarios: infecciones del tracto urinario, glomerulonefritis difusa aguda; síndrome nefrótico;
 - Diátesis de sangrado: púrpura de Schönlein-Henoch; púrpura trombocitopénica inmune; hemofilia;
 - Oncología pediátrica: leucemia; masas abdominales (tumor de Wilms, neuroblastoma); linfoma Hodgkin y no Hodgkin;
 - Patología del sistema nervioso: convulsiones; epilepsia infantil, síndrome de hipertensión intracraneal en niños;
 - Enfermedades metabólicas y nutricionales: diabetes mellitus. Dolores de cabeza en niños.
- **Competencias adquiridas:**
- Toma de historial, realización de examen clínico completo de un paciente pediátrico;
 - Llevar a cabo maniobras básicas para el diagnóstico infantil;
 - Formular un diagnóstico positivo y diferencial en pediatría;
 - Establecer una terapia pediátrica individualizada;
 - Presentación de caso pediátrico;
 - Planificación de exámenes complementarios adecuados en patología pediátrica
 - Adquirir competencias de comunicación oral y escrita tanto con la madre como con el paciente pediátrico;
 - Llevar a cabo un proyecto, realizar tareas específicas de manera responsable en un rol de equipo;
 - Ejecución de proyectos bajo coordinación para resolver problemas pediátricos específicos, con la evaluación correcta de la carga de trabajo, recursos disponibles, tiempo y riesgo requeridos para completar la tarea, en condiciones de aplicar las reglas de conducta y ética profesional en el campo de trabajo, así como las reglas de seguridad y salud en el trabajo.

Neonatología – 6º año (14 horas de curso + 15 horas de prácticas)

Curriculum

- Historia de la Neonatología. La importancia de la Neonatología en la medicina moderna. El papel de la tecnología en Neonatología. Examen neonatal.
- Adaptación fisiológica a la vida extrauterina. El algoritmo de reanimación neonatal. Pasos iniciales de la reanimación neonatal. Ventilación con presión positiva. Compresiones torácicas. Intubación. Medicación. Situaciones especiales. Cuestiones éticas. Supervisión posterior a la reanimación.
- Asfixia perinatal y sufrimiento fetal. Encefalopatía hipóxico-isquémica, estabilización, principios terapéuticos. Trauma obstétrico. Hemorragia intracraneal. Convulsiones neonatales.
- Dificultad respiratoria en el período neonatal. Síndrome de dificultad respiratoria (RDS), taquipnea neonatal transitoria (TTN), síndrome de aspiración de meconio (MAS). Neumonía congénita
- Ictericia neonatal. Ictericia fisiológica y patológica. Isoinmunización, ictericia hemolítica en el sistema Rh y ABO. Principios terapéuticos en ictericia neonatal.
- Infecciones perinatales. Síndrome de TORCH. Infecciones por estreptococos del grupo B neonatal. Septicemia y meningitis.
- Oxígeno: ¿droga o tóxico? Supervisión. Modalidades de administración de oxígeno. Enfermedad pulmonar crónica. Retinopatía del prematuro.
- **Competencias adquiridas:**
 - Identificar la necesidad de iniciar la reanimación neonatal.
 - Diseñar e implementar un plan terapéutico apropiado después de la evaluación del recién nacido.
 - Evaluación precisa del riesgo de enfermedad o el contexto de aparición de la enfermedad en una categoría de recién nacidos de alto riesgo, seguida de selección y aplicación de profilaxis adecuada.
 - Abordar los problemas de salud / enfermedad en términos de particularidades de la prematuridad, directamente relacionados con estas condiciones especiales.
 - Iniciación y desarrollo de investigación científica y / o capacitación en neonatología.
 - Cumplimiento en términos de eficiencia y efectividad de las tareas gerenciales requeridas por la organización de cuidados intensivos neonatales.

Semiología pediátrica – 4º, 5º, y 6º año (14 horas de curso)

Curriculum

- Tos, disnea; sibilancias; cianosis; estridor; hemoptisis;
- Anorexia; vómitos; diarrea; hepatomegalia; esplenomegalia; ictericia; estreñimiento;
- Disuria; hematuria; proteinuria; frecuencia urinaria; anuria;
- Síndrome anémico; síndrome linfoproliferativo; síndrome hemorrágico;
- Fiebre aguda; síndrome febril prolongado; fiebre y sarpullido;
- Evaluación del dolor en los niños; mialgia; artralgia; dolor de pecho; dolor abdominal recurrente; dolor de espalda; dolor de cabeza; bebé llorando;
- Las masas tumorales en los niños.

Nuestra universidad comenzó un extenso proceso de reforma curricular centrada en el alumno y basada en las competencias para una mejor integración de los estudiantes en los servicios de salud. Para este propósito el énfasis está en la enseñanza de cursos integrados, CBL (aprendizaje basado en casos), TBL (aprendizaje basado en equipos), así como cursos en competencias de comunicación. La evaluación es progresiva y formativa.

1.2.2. Residencia en pediatría

El objetivo del programa de residencia pediátrica es formar a pediatras altamente competentes mediante la exposición a un amplio espectro de pacientes infantiles (desde bebés hasta adolescentes) y diversas condiciones médicas, psicológicas y quirúrgicas, para formar sus competencias cognitivas y técnicas y lograr una práctica pediátrica progresivamente independiente.

El plan de estudios se basa en un número de 200 horas / año (conferencias, seminarios, presentaciones de casos) más 40-50 horas de estudio individual. La capacitación se cuantifica en créditos (UFC), 1 crédito = 25 horas de capacitación. Del tiempo total, la enseñanza cubre 20-30%, el 70-80% restante se dedica a actividades prácticas y estudio individual. La capacitación es monitoreada en el libro de registro, junto con créditos para evaluaciones de etapas, actividad en programas de investigación, participación en reuniones científicas y educación continua.

Itinerarios del programa:

1. Pediatría general - 2 años y 1 mes - Psiquiatría infantil y juvenil - 3 meses, Diabetes: 2 meses, Neumología: 2 meses, Neurología pediátrica: 3 meses, Oncología pediátrica - hematología: 3 meses, Eco general: 3 meses, Genética: 2 meses y 2 semanas. Dermatología: 2 meses.
2. Neonatología - 6 meses, enfermedades infecciosas: 6 meses, cirugía pediátrica y ortopédica: 2 meses
3. Bioética: ½ mes (20 horas) para actividades prácticas y estudio individual [7].

1.2.3 Educación médica continua

La educación médica continua incluye cursos de postgrado, participación en talleres, congresos nacionales e internacionales, escuelas de verano organizadas bajo el patrocinio de la Sociedad Rumana de Pediatría (2 ediciones / año, duración de una semana y 40 horas de clases y actividades prácticas según una rotación esquema de patologías), médicos que reciben créditos de educación médica continua.

La Universidad de Medicina y Farmacia ha organizado los siguientes cursos de posgrado en el campo de la pediatría en los últimos 3 años:

1. Síndromes pediátricos: patología renal, hematológica y neonatal;
2. Síndromes pediátricos: patología digestiva y respiratoria;
3. Actualizaciones en patología pediátrica;
4. Actualizaciones en nutrición infantil;
5. Emergencias pediátricas.

1.3. Servicios pediátricos

Las estadísticas sobre las unidades de atención médica en Rumanía a finales de 2014 muestran la existencia de lo siguiente:

- 367 hospitales públicos,
- 10 policlínicos,
- 187 dispensarios,
- 330 clínicas ambulatorias integradas en hospitales
- 2 Sanatorios de TB
- 2 preventorios
- 7.758 farmacias públicas y privadas

El número de camas de hospital al final de 2015 fue de: 125,482. De estos, hubo:

- 7,491 camas para pediatría,
- 366 neumología pediátrica por TBC
- 1,077 cirugía pediátrica,
- 279 recuperación pediátrica,
- 45 pediatría crónica
- 3,230 neonatología
- 879 neonatología prematura [5].

1.3.1 Servicios pediátricos privados

En Rumanía los servicios pediátricos privados comenzaron a desarrollarse especialmente después de 2000. Se fundaron clínicas privadas, clínicas pediátricas y hospitales privados, especialmente en centros universitarios tradicionales como Bucarest (con el crecimiento más significativo), Cluj Napoca, Timisoara, Craiova, Iasi, Targu Mures, y también en otras ciudades (Brasov, Sibiu, Constanta, etc.). No hay una actualización oficial precisa del número de unidades pediátricas privadas, el número de camas pediátricas o consultas y resultados, en Rumanía.

Para concluir, el aumento de la calidad de la atención médica es un objetivo principal de los proveedores de atención médica y se refleja en el aumento de la satisfacción del paciente con los servicios de salud recibidos, al tiempo que identifica y satisface sus necesidades, demandas y expectativas del sistema de salud. La educación médica de calidad y la capacitación que puedan optimizar la práctica de la salud pediátrica es sólo un aspecto que se espera contribuya a satisfacer estos deseos.

Bibliografía

1. Título VIII Seguro de salud - Ley no. 95/2006 sobre la reforma de la salud, republicado, en su versión modificada y complementada;
2. Decreto del Gobierno no. 1028/2014 sobre la aprobación de la Estrategia Nacional de Salud 2014-2020 y el Plan de Acción 2014-2020 para la implementación de la Estrategia Nacional - <http://www.ms.ro/upload/Anexa%201%20-%20Strategia%20Nationala%20de%20Sanatate%202014-2020.pdf>

3. Informe de actividad del Instituto del Seguro Nacional de Salud en 2015-
<http://www.cnas.ro/media/pageFiles/RAPORT%20ACTIVITATE%202015.pdf>;
4. Resumen de los informes de auditoría financiera sobre el presupuesto de ejecución presupuestaria del Fondo Nacional de Seguro de Salud para el año 2014 en el Instituto del Seguro Nacional de Salud, 2015 –
http://www.curteadeconturi.ro/Publicatii/SINTEZA_cont_gen_exec_bug_2014.pdf
5. Unidades - Ministerio de Salud, Administración Local y Academia Rumana 2015, Instituto Nacional de Salud Pública - Centro Nacional de Estadística e Informática de Salud Pública, 2016
- 6.<https://www.umftgm.ro/facultatea-de-medicina/departamente-si-discipline/m4-clinice-medicale/pediatrie-i/colectivul-disciplinei.html>
- 7.<http://www.emedic.ro/Rezidentiat/CURRICULUM-DE-PREGATIRE-IN-SPECIALITATEA-PEDIATRIE.htm>

II. SISTEMA DE SALUD PEDIÁTRICA EN HUNGRÍA

2.1. El Sistema Nacional de Salud

Hungría tiene una tradición de servicios de salud que data del siglo XIX. La primera ley de salud pública se aprobó en 1876, y los sistemas de seguridad social y salud tienen una larga historia en Hungría. Desde 1948, el sistema de salud de economía mixta se reestructuró a un modelo estatal centralizado, en línea con otros sectores de la economía. La legislación de salud adoptada en 1972 confirmó que el acceso a los servicios de salud era un derecho vinculado a la ciudadanía y prometió una cobertura integral gratuita en el punto de uso. Sin embargo, dado que el sistema no contaba con el financiamiento suficiente, no pudo cumplir con el nivel de demanda. [1]

En el siglo pasado, el sistema de salud húngaro se caracterizó por el predominio de los hospitales y, por lo tanto, por una estructura hospitalaria demasiado desarrollada. La atención primaria se ha caracterizado por un bajo prestigio y una falta de formación uniforme. Debido a los fuertes intereses dentro y fuera de la profesión, la política de salud no se ha atrevido a modificar significativamente esta situación. Cualquier reforma también se ha visto obstaculizada por la falta de financiación del sistema de atención de la salud.

Debido a las tasas de mortalidad infantil excepcionalmente malas en los años 60 (¡46%!) las prácticas pediátricas de atención a la población menor de 14 años se establecieron de forma dinámica. En los años 90 esta red se desarrolló por completo en las ciudades y parcialmente en las zonas rurales. Este sistema de alta calidad fue descrito por un estudio PHARE holandés como innecesariamente hiperdesarrollado. En cualquier caso, nuestra tasa de mortalidad infantil ha mejorado hasta el 5.62% en 2008. [2] Desde entonces, el sistema pediátrico de atención primaria infantil funciona a la par que el de los adultos

El desarrollo de la atención primaria moderna y sus instituciones de base se llevaron a cabo solo a principios de los años 90. Sin embargo, cubrió casi exclusivamente la atención médica de adultos, debido a deficiencias graves detectadas en este campo, mientras que la atención pediátrica primaria y sus resultados fueron satisfactorios. Los primeros pacientes fueron asignados a proveedores de salud locales, de acuerdo con el lugar de residencia. Se les permitió visitar solo al médico de cabecera oficial (médico del panel, médico del distrito), que era empleado de los municipios o de los hospitales locales (propiedad del Estado). Desde las nuevas regulaciones de 1992, los pacientes pueden elegir a sus médicos de familia o pediatras de atención primaria, y los médicos de familia pueden dejar el estatus de empleados y formar sus propias empresas. En la actualidad, hay alrededor de 6.700 médicos de atención primaria (PCP) en Hungría para una población de 10 millones de habitantes. Los 1,498 pediatras trabajan principalmente en las grandes ciudades, cuidando solo a los niños. 1600 médicos de cabecera están tratando a la población de todas las edades en prácticas mixtas y el resto de los PCP solo tratan a adultos. El número promedio de niños que pertenecen a la consulta de un pediatra de atención primaria es de aproximadamente 800. En áreas más pequeñas, los pediatras atienden entre 4 y 500 niños, mientras que en las áreas más pobladas, el médico puede atender hasta 1,500 pacientes.

El 74% de los niños menores de 14 años y el 46% de los adolescentes menores de 19 años son atendidos por pediatras. Todos los demás niños y adolescentes son atendidos en prácticas "mixtas" por médicos de familia, ubicados principalmente en regiones rurales y escasamente pobladas. Esto significa que en Hungría, al igual que en otros países europeos, los pediatras y los médicos de familia brindan atención médica para niños y adolescentes. El Seguro Nacional de Salud no financia la atención médica de GP para niños menores de 14 años en caso de que también haya una clínica de pediatras que opere en la localidad.

Por lo tanto, en las ciudades, el 100% de los niños menores de 14 años reciben atención del pediatra. El grupo de edad de 15-18 años puede decidir libremente entre el pediatra y el servicio de GP en todo el país.

La profesión de pediatra de atención primaria está a punto de desaparecer: si se cierra una consulta de pediatría, los niños que viven en el área se trasladarán a las prácticas mixtas y serán atendidos por médicos de familia. En 2016, la edad promedio de los pediatras de atención primaria húngaros era de 59 años, el 46 por ciento de los profesionales tenían más de 60 años y 140 doctores ya habían cumplido setenta años. Nueve pediatras tenían más de 80 años. Sin embargo, no estaba previsto que otros doctores tomaran su lugar en su consulta. De las 1.498 prácticas pediátricas de atención primaria húngaras, 500 están ocupadas por médicos con edades comprendidas entre 50 y 60 años. La falta de próximas generaciones en pediatría puede conducir a la extinción de la profesión.

En los últimos años, se han cerrado al menos 100 consultas pediátricas. En 2012 había 1.527 prácticas cuyo número se redujo a 1.498 en 2016. En la capital, la situación es mucho mejor y hay muchos pediatras trabajando en Budapest, donde incluso una disminución del 10% en el número de médicos no causaría un retraso considerable en el cuidado médico de niños. En las áreas sin servicio pediátrico local, los padres deben elegir entre llevar a los niños a la consulta pediátrica de otra área o aceptar la atención médica local del médico de cabecera.

A comienzos de la década pasada, surgió la intención del gobierno de eliminar el sistema pediátrico de atención primaria. Este propósito se paralizó, pero sigue siendo un problema que la falta de desarrollo de calidad conduzca a la atrofia del sistema de atención primaria pediátrica.

Los pediatras estudian atención pediátrica durante 5 años. Sin embargo, los médicos de familia participan en una capacitación pediátrica de cuatro meses, o más exactamente, una capacitación teórica de dos meses completada por una práctica de seis semanas en pediatría. Esto claramente no es suficiente para proporcionar la misma atención médica de calidad que los pediatras. De acuerdo con la investigación de Buñuel Álvarez [3] los médicos especializados pueden proporcionar atención médica preventiva de mayor calidad. Su papel es crucial en el tratamiento de los niños, por lo tanto, es importante mantener las consultas de los pediatras.

La financiación básica de los servicios médicos pediátricos está marcada por varios multiplicadores: primero, depende de la capitación, el número de pacientes que viven en el área de trabajo del pediatra (el multiplicador es más alto cuando la población es más baja). En segundo lugar, hay un multiplicador que depende del tipo de municipio (más bajo en las grandes ciudades, más alto en las áreas remotas). Existen otros multiplicadores que dependen de la calificación profesional del pediatra, la edad de los

pacientes (cuanto más joven es el paciente, mayor es el multiplicador). Muchos pediatras de atención primaria también trabajan a tiempo parcial como médicos de salud ocupacional, o brindan otro tipo de servicios médicos para aumentar sus bajos ingresos. Además del salario base, los pediatras también reciben un pago por el rendimiento. La cantidad depende del volumen de pacientes que vive fuera del área de trabajo del pediatra y han elegido a los médicos en lugar de a su proveedor de atención médica local.

Desde enero de 2012, de acuerdo con las nuevas leyes y regulaciones, el gobierno se hizo cargo de todos los hospitales de los municipios locales y del condado. Los objetivos declarados de estas reformas fueron:

- racionalizar la financiación del sistema de asistencia sanitaria;
- disminuir los gastos gubernamentales;
- disminuir las superposiciones existentes entre hospitales y especialidades en las grandes ciudades;
- establecer un mejor sistema de gestión centralizada, ya que era prácticamente imposible coordinar los diferentes intereses de los municipios.

El proceso de reestructuración debería hacer frente a la escasez de médicos y enfermeras experimentadas. Además del enorme aumento de tareas administrativas, no han acontecido cambios en la atención primaria durante los últimos años. Se ha prometido un pequeño aumento de salario para los médicos, especialmente para los residentes jóvenes. Muchos de ellos han declarado tener intención de abandonar el país si el salario de los médicos titulares no mejora (neto 300-400 EUR mensuales).

2.2. Educación en pediatría

2.2.1. Pediatría en la universidad, título de MD

Los estudios médicos en Hungría cumplen con los estándares europeos y gozan de la más alta calidad académica. Los requisitos de admisión relativamente accesibles y las tarifas de matrícula razonables atraen a muchos estudiantes del extranjero.

Hungría acoge a estudiantes internacionales con cuatro universidades que ofrecen programas de medicina, farmacología y odontología en inglés: Semmelweis University, Debrecen University, Szeged University y Pécs University. La titulación de medicina de las universidades húngaras es reconocida por la Unión Europea y por los Estados Unidos, lo que atrae a muchos estudiantes internacionales para estudiar medicina en Hungría.

El Ministerio de Recursos Humanos determina anualmente la cantidad de estudiantes admitidos en la Facultad de Medicina. Dado que el número de solicitantes es de dos a cuatro veces mayor que el número de plazas disponibles, el procedimiento de selección se basa en el expediente académico previo del estudiante.

El período de capacitación de 12 semestres cubre al menos 6.000 horas de formación, que se divide en dos partes. La primera parte consiste en un período de estudio preclínico de dos años en materias básicas; la segunda parte se centra en estudios clínicos y dura cuatro años. El período de prácticas se lleva a cabo durante los semestres 11 y 12, y generalmente se desarrolla en clínicas universitarias u hospitales.

Al completar el programa de seis años, los estudiantes deben presentar y defender su tesis escrita, realizar un examen final escrito y un examen oral ante un tribunal. Después de aprobar todos los exámenes, al estudiante se le otorga el diploma y el título de M.D. (Doctor en Medicina). [4]

2.2.2. Educación médica continua

La participación en Educación Médica Continua (CME) es un requisito obligatorio para los médicos en Hungría, que están obligados a participar en un programa de CME cada cinco años para renovar sus certificaciones en el registro de prácticas médicas de la Cámara Médica de Hungría.

Las facultades contribuyen a la educación continua de los médicos que ejercen en Hungría mediante la organización de cursos y programas, que consisten en actividades teóricas y prácticas. En total, deben acumularse 250 puntos de créditos durante el período de capacitación de cinco años.

2.3. Servicios pediátricos

2.3.1. Servicios pediátricos públicos

En Hungría, la práctica pediátrica es pública y gratuita para todos. Todos los niños tienen acceso gratuito a la atención pediátrica por ley. Sin embargo, las prácticas médicas privadas existen y están disponibles para cualquiera que esté dispuesto a pagar por ellas. Si se ofrece la posibilidad de elegir al pediatra como médico de atención primaria para niños, se debe elegir al pediatra.

Si un niño es elegible para el seguro estatal húngaro, normalmente el pediatra del distrito le brindará atención pediátrica de forma gratuita. Cada distrito tiene varias consultas pediátricas, generalmente en las mismas infraestructuras que las consultas del asociado de atención médica (enfermera preparada). (En Hungría, la enfermera preparada es una profesional que combina labores como trabajadora social y como enfermera y cuya función principal es proporcionar información a los pacientes y realizar el trabajo administrativo de seguimiento de la salud general de los niños). A los niños se les asigna un pediatra según el registro de sus direcciones, pero, a diferencia de la enfermera preparada a la que las familias no pueden elegir, los padres siempre pueden escoger a un pediatra diferente. La ventaja de contar con los pediatras del distrito es que están cerca, tienen horarios de consulta regulares y podrán realizar visitas domiciliarias sin cargo. [5]

Hay cinco clínicas pediátricas universitarias y todos los hospitales del condado tienen unidades pediátricas. Además, Hungría tiene dos hospitales independientes para

niños en Budapest y un centro pediátrico en Miskolc (la segunda ciudad más grande del país). También hay unidades pediátricas en algunas instituciones especiales. El servicio ambulatorio para niños para diversas subespecialidades se organiza principalmente de acuerdo con la distribución de servicios dentro de los hospitales.

2.3.2. Servicios pediátricos privados

Hay varias clínicas privadas en Budapest que atienden a expatriados o extranjeros. Todos ellos brindan atención pediátrica. Las clínicas privadas para pacientes ambulatorios tienen seguro privado, y algunas de ellas incluso se encargarán de la facturación directa con la compañía de seguros.

Las clínicas pediátricas privadas para pacientes ambulatorios ofrecen una amplia gama de servicios médicos para poder manejar problemas más complejos. En algunas clínicas, el pediatra está disponible las 24 horas del día (incluso para las visitas domiciliarias) y es común tener una línea directa que acepte llamadas día y noche los fines de semana y las vacaciones también. Las clínicas privadas para pacientes ambulatorios brindan tratamiento médico, pruebas de detección y vacunación para niños desde recién nacidos hasta la edad de 18 años.

III. SISTEMA DE SALUD PEDIÁTRICA EN ITALIA

3.1. El Sistema Nacional de Salud

El Servicio Sanitario Nacional (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) fue instituido por la ley parlamentaria nº 833 en diciembre de 1978 [1]. El SSN incluye todas las funciones, estructuras, servicios y actividades garantizados por el Estado italiano a todos los ciudadanos italianos. Sus objetivos son el mantenimiento y cuidado de la salud física y psíquica y la promoción de los sistemas de salud, de acuerdo con el Artículo 32 de la Constitución italiana. El Ministerio de Salud es el principal órgano funcional del SSN italiano: su misión es cuidar la salud pública.

El Sistema Nacional de Salud italiano (NHS) sigue un modelo similar al modelo de Beveridge desarrollado por el NHS británico (Beveridge 1942, Musgrove 2000). Al igual que el NHS británico, la cobertura de salud para la población italiana es provista y financiada por el gobierno a través de impuestos. La cobertura universal proporciona un acceso uniforme a la atención médica para los ciudadanos y es la característica considerada generalmente como el gran valor añadido de un sistema de bienestar financiado por los ingresos tributarios. No obstante, en Italia, la fuerte política de descentralización, que se viene produciendo desde principios de la década de 1990, ha desplazado gradualmente los poderes del Estado a las 21 Regiones italianas. En consecuencia, el Estado ahora conserva un control de supervisión limitado, pero continúa teniendo la responsabilidad general del NHS a fin de garantizar niveles uniformes y esenciales de servicios de salud en todo el país. En este contexto, se ha convertido en esencial, tanto para el ministerio como para las Regiones, adoptar un sistema común de evaluación del desempeño (PES).

El **Plan Sanitario Nacional** (Piano Sanitario Nazionale) es elaborado por el Ministerio y aprobado por el Parlamento. Establece los objetivos generales para la salud pública, el presupuesto y la distribución de los recursos a las Regiones, que son responsables de la actividad de salud regional. La principal estructura de salud local es la Agencia de Salud Municipal (Azienda Sanitaria Locale). Coordina y organiza el trabajo de todos los puestos de prevención, admisión, cuidado y rehabilitación, consultas y servicios locales (ASL).

El Ministerio de Salud (Ministerio della Salute) establece las reglas generales para la administración de estos servicios, las pautas para la formación y actualización del personal de salud y los sistemas de control y verificación de los resultados.

1. <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

2. Nuti S, Seghieri C, Vainieri M, Zett S. Assessment and improvement of the Italian healthcare system: first evidence from a pilot national performance evaluation system. *J Healthc Manag.* 2012 May-Jun;57(3):182-98; discussion 198-9.

3.2. Educación en pediatría

Durante la universidad, los estudiantes deben seguir y aprobar el examen de un curso fundamental de pediatría, además de algunos otros cursos como cirugía pediátrica, puericultura, genética aplicada, que son mayormente opcionales, a menudo obligatorios o ampliamente recomendados para los futuros pediatras. Para muchos de ellos, el trabajo práctico en unidades infantiles es obligatorio.

Después de obtener la titulación, para poder trabajar como pediatra se debe asistir cinco años a la Escuela de especialización en Pediatría, con cinco años de trabajo en Hospitales infantiles o universidades, pagados regularmente con un salario adecuado. Al finalizar esta escuela se puede trabajar como pediatra. En todo el país las maestrías y los cursos de larga duración en diferentes subespecialidades (neonatología, adolescencia, reumatología, etc.) permiten mejorar la especialidad según el campo en el que se trabaja o simplemente se desea mejorar.

Después del programa de especialización, se ofrecen tres itinerarios:

1. actividad privada,
2. actividad en hospital,
3. consultor para las autoridades en salud pública con ASL como pediatra.

La educación médica continua (ECM) es la manera óptima para que el profesional de la salud se mantenga actualizado y pueda responder a las necesidades de los pacientes, las necesidades de la atención médica y un servicio para su propio desarrollo profesional.

La educación médica continua se refiere a la adquisición de nuevos conocimientos, habilidades y actitudes útiles para una práctica competente y experta. Es una obligación ética para los profesionales de la salud adquirir nuevos conocimientos y competencias para ofrecer una asistencia cualitativamente útil, sobre todo, para cuidar a sus pacientes con competencias actualizadas, sin conflictos morales, a fin de ser buenos profesionales de la salud.

El inicio del programa nacional de la ECM en 2002, basado en el Decreto legislativo 502/1992, integrado por el Decreto legislativo 229/1999, que había establecido un requisito de formación permanente para los profesionales de la salud, supuso un mensaje de gran impacto para el mundo de la salud.

La nueva fase del ECM contiene muchas novedades y será un instrumento para lograr un enfoque moderno para el desarrollo y el seguimiento de habilidades individuales. La educación médica continua está estrechamente relacionada con la investigación en el ámbito clínico.

3.3. Servicios pediátricos

Los servicios públicos pediátricos están incluidos en el concepto de área pediátrica, lo que significa un enfoque especial para espacios, servicios y atención de pacientes, con estructuras y procedimientos específicamente dedicados. Este concepto incluye estructuras tales como hospitales infantiles y unidades infantiles en hospitales generales,

donde solo se aceptan pediatras y enfermeras especializadas. Existe un espacio infantil en las consultas familiares llamado *consultori*, repartidos por el territorio de la mayoría de las ASL; un pediatra que trabaja para numerosas escuelas infantiles públicas; médicos de escuelas; y existen también nuevas figuras emergentes, llamadas "pediatras de la comunidad". Todos estos profesionales deben permanecer en contacto con el cuidador principal de los niños, el pediatra de familia (pediatra di famiglia).

Esta figura se concibe como el pediatra que debe supervisar todos los aspectos del crecimiento físico y psíquico desde el nacimiento hasta la adolescencia, conocer toda la historia del paciente y su familia, atender las necesidades de sus pacientes en términos de visitas regulares organizadas y revisiones con la posibilidad de ordenar visitas y exámenes si es necesario, consultas telefónicas, o vacunas. También está a cargo de los certificados. Se entiende que es el nexo entre la familia y las estructuras de segundo nivel.

La lista de pacientes del pediatra se establece dependiendo de la disponibilidad en términos de lugares libres y opciones del ciudadano.

Los pediatras pueden participar en proyectos de medicina grupal o de red. Las nuevas herramientas de TIC para pediatría son obligatorias debido a los últimos procedimientos tecnológicos incorporados para escribir una receta de medicamentos y / o establecer exámenes.

Los pediatras trabajan junto con el director de distritos de la Autoridad Pública Local de Salud. Los pediatras realizarán seguimiento a los niños utilizando el balance de salud hasta la edad de 6 años y el último se planificará antes de la transición al médico general. [1] Ley 23 de diciembre de 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale", GU n. 360 del 28-12-1978 - Supl. Ordinario

Las actividades del Neuropsiquiatra infantil están dirigidas a niños y adolescentes de entre 0 y 18 años. Para ello el servicio se apoya en psiquiatras infantiles, médicos que operan dentro de las estructuras territoriales y / o del hospital en colaboración con otras instituciones del área (Servicios Sociales, Escuela, etc.).

La neurología infantil se ocupa de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación de trastornos del desarrollo infantil y del adolescente: daño neuromotor, enfermedades neurológicas congénitas y adquiridas, epilepsia, problemas psiquiátricos y de conducta, trastornos de comunicación y aprendizaje de trastornos del lenguaje. También se ocupa de la detección y certificación (perfil descriptivo operativo - PDF segundo modelo ICF) de aquellos alumnos con alguna discapacidad de acuerdo con la legislación nacional para docentes de educación especial en las escuelas, así como de activar los procedimientos para el reconocimiento de la discapacidad civil y la discapacidad de menores.

Bibliografía

1. <http://www.salute.gov.it/portale/home.html>

2. Nuti S, Seghieri C, Vainieri M, Zett S., Assessment and improvement of the Italian healthcare system: first evidence from a pilot national performance evaluation system. [J Healthc Manag.](#) 2012 May-Jun;57(3):182-98; discussion 198-9.

IV. SISTEMA DE SALUD PEDIÁTRICA EN ESPAÑA

4.1. El Sistema Nacional de Salud

El Sistema de Atención Sanitaria en España es un organismo público fundado en 1908 con el nombre de Instituto Nacional de Previsión que engloba los servicios globales de salud y ha ido ampliando paso a paso su cobertura a toda la población. Este proceso de universalización se realizó mediante la aplicación del modelo bismarckiano implementado con una ley nacional promulgada en 1942, la Ley de Seguro Obligatorio. Entre las medidas, se imponían seguros de salud a las empresas privadas y ofrecía atención médica frente a las alternativas beneficiarias del seguro. En 1963, gracias al fuerte crecimiento económico, las compañías aseguradoras privadas entraron en el dominio de la gestión pública y este proceso se completó en 1986 a través de la Ley General de Sanidad 14/1986 (Ley General de Salud). Esta ley cumple con el mandato de la Constitución Española de proteger la salud de los ciudadanos y reconoce el derecho a tener servicios de salud para todos los ciudadanos y para los extranjeros que son residentes en España.

Desde la década de 1990, siguiendo el mandato del Título VIII de la Constitución que traslada a las comunidades autónomas el control territorial de los servicios públicos, la responsabilidad de la gestión sanitaria se ha transferido a las autoridades locales para atender las necesidades de áreas específicas y el sistema de asistencia sanitaria está incluido en todas las competencias delegadas a los gobiernos locales. Actualmente los servicios de salud son gestionados por las Comunidades Autónomas, mediante instituciones regionales con responsabilidad territorial en materia de servicios públicos.

El sistema de atención de la salud brinda servicios en diversas áreas: prevención, diagnóstico, terapéutico, rehabilitación y promoción e implementación de la salud de la población. La asistencia sanitaria es uno de los principales instrumentos de política de ingresos redistributivos entre los españoles: cada persona contribuye abonando impuestos de acuerdo con su capacidad económica y recibe a cambio servicios sanitarios según sus necesidades de salud. La asistencia sanitaria por enfermedad común o accidente no laboral en España es un beneficio independiente de las contribuciones fiscales y está financiado por las administraciones regionales.

En 2003, la Ley General de Salud se complementó con la Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud para hacer frente a los cambios culturales, tecnológicos y socioeconómicos que afectan a la sociedad española contemporánea y a sus pautas de enfermedad. Esta ley establece un conjunto de competencias comunes a todas las comunidades autónomas en materia de servicios de atención médica, tales como beneficios proporcionados, farmacia, profesionales de la salud, investigación, sistemas de información de salud y la calidad general del sistema de salud. Se han creado varias instituciones nacionales con el fin de promover la calidad de los servicios a nivel nacional y evaluar los servicios regionales de atención de la salud.

En 2012, con el Real Decreto 16/2012 se introdujeron modificaciones en las políticas de salud pública nacional relativas a la sostenibilidad económica de los servicios de salud pública. Esta Ley introdujo dos modificaciones significativas sobre el tradicionalmente asignado carácter universal del sistema público de salud español:

primera, los servicios de salud no son gratuitos para todos los ciudadanos, pudiendo recaer sobre las familias una aportación adicional en función de sus ingresos; y, segunda, los extranjeros no residentes no tienen acceso a la salud pública. Sin embargo, actualmente no todas las Comunidades Autónomas han decidido aplicar esta ley.

El Ministerio de Salud y Políticas Sociales establece las políticas nacionales en materia de salud para preservar el derecho constitucional de los ciudadanos a los servicios de salud y regula además el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud (SNS). Como consecuencia de la descentralización recogida en la Ley General de Salud, cada Comunidad Autónoma ha creado un Servicio de Atención Sanitaria con una estructura administrativa independiente. La Ley de Cohesión de 2003 establece la creación del Consejo Interterritorial del Servicio Nacional de Salud (CISNS) como órgano de coordinación general en materia de salud entre el Estado central, las Comunidades Autónomas y el CISNS.

Las Comunidades Autónomas gestionan los servicios regionales de salud a través de las Consejerías de Sanidad. Estas asumen las siguientes funciones: coordinar y ejecutar las políticas sanitarias autónomas del Gobierno en materia de seguridad social, atender las necesidades de salud de la población, gestionar el sistema general de salud, salud mental, los servicios farmacéuticos, la capacitación de profesionales de la salud, la investigación y desarrollo, la salud pública, la seguridad alimentaria y los trastornos de la adicción.

El sistema autonómico de atención sanitaria se divide en Áreas de Salud, esto es, distritos administrativos con capacidad para organizar la atención primaria. La atención primaria asegura un nivel de atención integral y continuo a lo largo de la vida del paciente, y desde esta perspectiva cada paciente puede contar con una coordinación personalizada a través del papel de un médico de familia (médico general).

El médico general desempeña una función de coordinación para garantizar la educación sanitaria, la prevención, el mantenimiento de la atención, la rehabilitación física y la asistencia sanitaria social. La atención primaria cubre atención domiciliaria, servicios de emergencia y servicios programados o bajo demanda. La atención especializada ofrece servicios de especialistas médicos a petición del médico de atención primaria. Este servicio se encuentra generalmente en hospitales o centros especializados y hospitales diurnos.

La atención especializada cubre las necesidades de los pacientes que no son asumibles desde la atención primaria. La atención especializada generalmente se brinda a través de consultas ambulatorias y hospitales de día, si las circunstancias clínicas del paciente son favorables. La atención socio-sanitaria (atención social de la salud) ofrece un servicio para pacientes crónicos que requieren simultáneamente de servicios de atención médica y servicios sociales para gestionar las limitaciones derivadas de enfermedades crónicas y asimismo promover la integración social.

4.2. Educación en pediatría

La educación médica en España está regulada por la Directiva 2011/12/2004 promulgada por el Parlamento Europeo en 2004. Las facultades de medicina siguiendo el Acuerdo de Bolonia adoptaron el Sistema Europeo de Transferencia de Créditos (ECTS)

para lograr la armonización de la educación dentro de la UE. Los estudiantes de medicina de pregrado en España cursan la asignatura de pediatría en el 5º año de la carrera médica. En una universidad pública los cursos en pediatría corresponden a 12 créditos ECTS. Los estudiantes realizan 75 horas de enseñanza teórica y 84 horas de formación práctica, las cuales están divididas en 36 horas de actividad guiada y 48 horas de actividad no guiada, a las que se añaden 137 horas de estudio individual. La capacitación práctica generalmente corresponde a 1 mes en una unidad de pediatría en hospital. Se realiza un sistema de rotación donde los estudiantes de medicina permanecen 1 semana en neonatología, 1 semana en consulta clínica, 1 semana en emergencia pediátrica y 1 semana en una unidad pediátrica.

En España, los estudiantes de posgrado de medicina pueden comenzar su formación de especialización después de un examen nacional previo. Dependiendo de sus calificaciones, acceden a la especialidad seleccionada y comienzan un programa de postgrado de 4 años como Médico Interno Residente (MIR). Esta residencia tiene una duración de 5 años, que para pediatría es de 4 años. Esta diferencia de un año viene generando un intenso debate en la literatura pediátrica española.

Durante la residencia los pediatras acceden a especialidades de pediatría mediante un ciclo de rotaciones en: neonatología, urgencias pediátricas, ortopedia pediátrica, cirugía pediátrica, o bien cuidados intensivos pediátricos. El consejo docente del hospital establece un corpus de cursos de capacitación comunes a todas las especialidades que son obligatorios para todos los residentes.

Durante el primer año, los residentes pediátricos deben seguir un programa de formación obligatorio relacionado con las siguientes especialidades: introducción a pediatría, radiología pediátrica, cardiología pediátrica (centrado en la lectura del electrocardiograma), taller de competencias de comunicación, entrevistas clínicas o emergencias pediátricas.

En el segundo año, el programa de entrenamiento de residencia incluye: reanimación cardiopulmonar, bioética y lactancia como programas obligatorios. Por otra parte existen programas opcionales relacionados con las habilidades de investigación, como bioestadística, investigación bibliográfica o talleres científicos específicos. Los programas de capacitación pueden diferir por varias causas: la normativa autonómica, la organización de los servicios por parte de las Áreas de Salud o por los hospitales a causa de la demanda de servicios de atención médica. Durante los primeros 3 años de residencia, las rotaciones de dos o tres meses son obligatorias en todas las especialidades y subespecialidades pediátricas. En el último año, los residentes pueden permanecer hasta 6 meses en un área específica de acuerdo a sus preferencias. Un tutor y el Jefe de la Unidad supervisan el ciclo de rotación de cada residente.

Todos los residentes hacen rotación en los servicios de emergencia, área perinatal, cuidados intensivos pediátricos y cuidados intensivos de neonatología, oncología y hematología pediátrica, y atención primaria. Entre las subespecialidades disponibles para la rotación se encuentran: cardiología, endocrinología, nefrología, neurología, neumología, digestivo y alergia. De acuerdo con la directiva del Ministerio de Salud, los residentes pueden rotar en emergencia de 4 a 6 veces al mes en función de las necesidades.

Las competencias transversales en educación médica en España se integran en las asignaturas de Habilidades de comunicación y humanidades médicas. El currículo

aplicado en las facultades de medicina sigue el modelo basado en resultados. Los resultados de los estudiantes de medicina sugeridos por la Agencia Nacional para la Evaluación de la Calidad y la Acreditación (ANECA) se clasifican en dos grupos: resultados generales obtenidos a través de competencias transversales y resultados específicos, entre los que se incluyen habilidades interpersonales.

Las competencias específicas para los estudiantes de medicina son: 1) habilidades clínicas, 2) fundamentos científicos de la medicina, 3) salud de la población 4), valores profesionales, actitudes, 5) habilidades de comunicación, 6) sistemas de salud y población, 7) gestión de la información. Estas materias pueden ser impartidas por un psicólogo, como parte del curso de psicología médica, o por un especialista en ética, como parte del curso de humanidades médicas, o ambos.

En algunas universidades privadas españolas, las competencias transversales son parte de un curso llamado *Humanidades Médicas y Habilidades de Comunicación*, que se imparte en el primer año de los estudios de medicina. En este curso, las competencias interpersonales son parte de un módulo que incluye las siguientes conferencias: 1) presentación, 2) proceso de comunicación, 3) escucha activa 4) asertividad, 5) comunicación de malas noticias. Cada conferencia tiene una práctica correspondiente de 1 hora y un examen clínico estructurado objetivo (OCSE) en un hospital de simulación. Este formato en España, aunque con alguna variación, se adopta en todas las universidades y representa un enfoque estructurado de las competencias interpersonales para los estudiantes de medicina de pregrado.

La educación médica continua en España está regulada por la Ley 44/2003 de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. Esta ley integral recoge toda la normativa anterior sobre el tema. La educación médica continua se define como un proceso de capacitación centrado en el aprendizaje activo y continuo de profesionales de la salud graduados, con el fin de mejorar los conocimientos, habilidades y actitudes para enfrentar los desafíos del progreso tecnológico en medicina y responder a las necesidades de atención médica de los ciudadanos. La educación médica continua se ha regulado a través de un sistema de certificación específico por parte del Ministerio de Salud y es un requisito para cada profesional de la salud.

La educación médica continua en los hospitales españoles es supervisada por la unidad de calidad de cada hospital. Las asociaciones de profesionales asumen la organización de actividades externas o en línea para sus profesionales de la salud. Con frecuencia, las asociaciones profesionales se coordinan conjuntamente con las unidades de calidad para organizar programas de capacitación. La educación médica continua en los hospitales incluye actividades de enseñanza constantes tales como sesiones clínicas, cursos de capacitación, presentaciones orales en congresos nacionales e internacionales, actividades de investigación y publicación. Para su acreditación oficial, los programas de capacitación son evaluados previamente por la Comisión de Formación Continua para Profesionales de la Salud, en nombre de la administración pública en materia de certificación para profesionales de la salud.

La Asociación Española de Pediatría - AEP tiene un papel importante en el programa de educación médica continua para pediatras. El debate sobre la implementación de la formación profesional para desarrollar competencias transversales en pediatría en España se centra generalmente en dos temas: relación pediatra-paciente-familia y bioética. La literatura sobre el tema es frecuente en las últimas décadas,

especialmente en relación con las competencias del pediatra. La necesidad de mejorar la formación de los residentes pediátricos en materia de competencias de comunicación, o competencias para reconocer y gestionar las diferencias culturales, identificar y promover valores centrados en involucrar a las familias y promover la toma de decisiones compartida, son comunes en la literatura española.

El debate sobre este tema en las publicaciones especializadas, como *Educación Médica* o *Anales de Pediatría*, refleja que los programas de capacitación actuales accesibles para los residentes no son adecuados para responder a las necesidades de los nuevos escenarios de atención médica y a los requisitos del plan de estudios basado en resultados aplicado en la educación médica.

Una iniciativa interesante promovida a través de la AEP en España es el proyecto *CONTINUUM*, una plataforma en línea para mejorar la educación médica continua en pediatría. Este proyecto se inició en 2003 y se basa en el Currículo Global para la Educación Pediátrica, una versión para pediatría del modelo educativo basado en resultados propuesto por el Instituto de Educación Médica Internacional y recomendado en España por la ANECA. *CONTINUUM* promueve una capacitación basada en competencias para médicos universitarios, graduados y médicos en prácticas, y ofrece cursos de capacitación y actividades de aprendizaje.

4.3. Servicios pediátricos

La atención pediátrica en España se organiza mediante 5 tipos de servicios integrados: hospital, emergencias, hospital de día, atención domiciliaria y consulta externa, realizados éstos en el Centro de Salud o en el hospital, para aquellos hospitales donde se presta el servicio. Los servicios se asignan de acuerdo con las necesidades de atención médica y la edad de los pacientes. Este sistema se apoya en la organización más general del sistema de atención sanitaria dividido en atención primaria, atención especializada y atención médica social. De esta forma, los pacientes pediátricos reciben una atención integrada centrada en las necesidades físicas, psicológicas y sociales del paciente.

Las unidades pediátricas, la cirugía pediátrica y la neonatología son coordinadas de manera conjunta y cubren todas las patologías de los pacientes pediátricos para todas las edades.

Un modelo de excelencia en pediatría en España puede incluir los siguientes servicios:

- 1) unidad de perinatología, con atención perinatal en colaboración con el departamento de obstetricia;
- 2) unidad de neonatología, con un área específica para cuidados intensivos (Unidad de cuidados intensivos neonatológicos);
- 3) unidad de lactancia;
- 4) Unidad de cuidados intensivos pediátricos;
- 5) unidad de oncología y hematología;

- 6) unidad pediátrica, pacientes no incluidos en unidades previas entre 2 y 17 años;
- 7) cirugía pediátrica;
- 8) cuidado pediátrico en domicilio;
- 9) emergencia pediátrica;
- 10) hospital de día;
- 11) consulta externa en los centros de salud.

Todas las demás patologías no incluidas en estos servicios están dentro de las unidades de adultos, pero cuentan con profesionales con competencias específicas para pacientes pediátricos, esto es, oftalmología, ortopedia, psiquiatría y otorrinolaringología.

El modelo actual de sistema de salud en España proviene de la Ley General de Sanidad de 1986, un sistema nacional de salud con atención universal basada en el derecho a la salud de los ciudadanos garantizado por la Constitución Española. Este modelo planteaba un presupuesto público de salud prioritario. En la década de 1990 se inició un proceso de adaptación hacia un sistema mixto de atención sanitaria en algunas Comunidades Autónomas que se ha convertido progresivamente en un estándar nacional.

En línea con esta adaptación autonómica del sistema de salud, se ha propuesto una primera intervención nacional a través del *Informe Abril* en 1991, que recoge las medidas adoptadas posteriormente, como el copago, criterios privados para gestionar servicios de salud, implementación del mercado privado para los servicios de salud, promoción del rol de los seguros y las provisiones privadas para los servicios médicos, cambio de las condiciones laborales del convenio con los profesionales de la salud. Todas estas medidas han provocado un rechazo social entre los profesionales de la salud, los pacientes y los responsables de la formulación de políticas, por lo que la mayoría de estas medidas se han suspendido provisionalmente.

Desde 1992 se han construido diversos hospitales públicos siguiendo criterios de gestión de empresa privada, con un estatus legal diferente, dentro de los criterios establecidos en la Ley de Fundaciones de 1994, y constituidos bajo normativa autonómica y control del parlamento regional. En 1994 se aplicó un nuevo enfoque normativo otorgando competencias a las empresas para crear hospitales privados y proporcionar servicios de salud pública en áreas específicas. En estos hospitales la gestión y la provisión de servicios son totalmente privadas, pero la empresa recibe fondos públicos. En 1999, con una legislación específica, el gobierno ofreció a las Comunidades Autónomas la posibilidad de pasar del modelo tradicional de hospital público al Modelo de Fundaciones Públicas. Este nuevo marco legal ha provocado un intenso debate entre las partes interesadas y actualmente no se aplica globalmente en todas las regiones, a pesar de que la normativa tiene carácter nacional.

La opción de financiar servicios sanitarios con fondos privados y ofrecer un servicio exclusivamente privado comenzó en España en 2007 en Madrid y se ha extendido progresivamente a otras Comunidades Autónomas. Con la crisis financiera de 2010, el Real Decreto Ley 16/2012 introduce medidas de emergencia en materia de sostenibilidad

del sistema de salud pública. Entre las intervenciones, se introducen nuevos criterios para la financiación privada y la promoción de seguros privados en la mayoría de las Comunidades Autónomas con el objetivo de desarrollar un sistema privado de atención médica en el futuro.

Uno de los aspectos más importantes de esta Ley es la discusión por primera vez del principio de universalidad de la atención médica, donde sólo los residentes extranjeros tienen acceso a la sanidad pública; para los extranjeros no residentes no disponen de servicios públicos y requieren de un seguro privado.

Como nota final, añadir que en el sistema privado de salud la pediatría sigue los mismos criterios y estructura que el sistema público, y se aplica la misma legislación en todas las circunstancias.

Bibliografía

- 1) Farrerons Noguera L. *Historia del Sistema Sanitario Español*, Ed. Diaz de Santos, Madrid: 2013
- 2) Ley 14/1986 General de Sanidad. Organización del Sistema Sanitario Público
- 3) Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
- 4) Real Decreto 16/2012 de Medidas Urgentes para Garantizar la Sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y Mejorar la Calidad y Seguridad de sus Prestaciones
- 5) Crespo Hernández M. "Formación del Especialista de Pediatría: Viejos Problemas, Nuevos Tiempos". *Anales de Pediatría* 2009; 70:409-12
- 6) Crespo Hernández M. "Bases Fundamentales del Programa MIR". *Anales de Pediatría* 2003; 58(4): 385-394
- 7) Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación. *Libro Blanco Título de grado en Medicina*
- 8) Core Committee, Institute for international Medical Education, *Global minimum essential requirements in medical education. Medical Teacher* 2002; 24(2): 130-135
- 9) Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias
- 10) Cruz-Hernández M. "A Renewed challenge in Paediatric Education: Patient-Paediatrician and Family Relationship". *Educación Médica* 2004; 7(4):119-124
- 11) Hernández González A, Rodríguez Núñez FJ et al. "Conocimientos sobre ética asistencial de los residentes de pediatría". *Anales de Pediatría* 2014; 80:106-113
- 12) "Continuum: The Power of e-learning and Web 2.0 in medical training in paediatrics. Three years of experience". *Educación Médica* 2017; doi.org/10.1016/j.edumed.2017.02.002
- 13) Sanchez Bayle M. *La privatización de la asistencia sanitaria en España*. Fundación Alternativas, 2014.

V. SISTEMA DE SALUD PEDIÁTRICA EN ALEMANIA

5.1. El Sistema de Salud en Alemania

El aspecto más importante del sistema alemán de asistencia médica es el seguro de salud obligatorio para los empleados, llamado Modelo Bismarck.

Los orígenes del sistema de atención médica se pueden encontrar en los gremios de artesanos de la Edad Media con su primera forma de seguro de salud basado en el principio de solidaridad. Los miembros de los gremios contribuían pagando a un fondo para apoyar a otros miembros en caso de necesidades médicas. En el año 1883 Bismarck implementó un sistema de seguridad social que requería que ciertos empleadores y empleados realizaran contribuciones a los fondos voluntarios de enfermedad existentes, que sufragarían la atención médica de los empleados suscritos. El sistema moderno de Seguro de Salud Estatutario (SHI) que surgió de esos comienzos tan tempranos se ha mantenido básicamente igual a través de los años y asegura aproximadamente el 90% de los ciudadanos alemanes con fondos de enfermedad obligatorios. SHI cubre esencialmente el costo de toda la atención médica. La cobertura es universal para todos los residentes legales. El sistema de atención médica en Alemania se basa en cuatro principios básicos:

1. Seguro obligatorio
2. Financiación por primas
3. Principio de solidaridad
4. Principio de autogobierno

Tabla 1. Indicadores del sistema de atención médica para el sistema de salud alemán

Población		Año
Población total (millones)	80.646	2013
Porcentaje de población mayor de 65 años	21.1%	2013
Porcentaje de población de 0 a 14 años	13%	
Gasto		
Porcentaje del PIB gastado en atención médica	11.3%	2015
Gastos de atención médica per cápita	\$4920	2013
Tasa promedio de crecimiento anual del gasto real en atención médica per cápita, 2009-13	1.95%	2013
Gastos de atención médica aportados por persona	\$649	2013
Gasto hospitalario per cápita	\$1,423	2013
Gasto total de la atención hospitalaria (en miles de millones)	84,2	2015
Gasto en productos farmacéuticos per cápita	\$678	2013
Médicos		
Número de médicos practicantes por 1,000 habitantes	411	2014
Promedio anual de consultas médicas por habitante	9.9	2013
Gasto, utilización y capacidad del hospital		
Número total de hospitales	1956	2015

Número de camas de hospital de CI por 1,000 habitantes	5.34	2013
Gasto hospitalario por paciente dado de alta	\$5,641	2015
Altas hospitalarias por 1,000 habitantes	252	2013
Camas de hospital por 100 000	823	2014
Duración promedio de la estadía para la atención terapéutica (días)	7.7	2013
Salud		
Esperanza de vida estimada	81 años	2015
Estimación de la mortalidad infantil por cada 1000 nacidos vivos	3	2015
Muertes infantiles por 1000 nacidos vivos	3%	2014

Fuentes: Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 Perfiles internacionales de sistemas de atención médica. The Commonwealth Fund. 2016.

<http://www.euro.who.int/en/countries/germany/data-and-statistics>; <https://www.destatis.de>; <https://de.statista.com>

El sistema de salud alemán se puede dividir en tres secciones de agentes, pagadores y proveedores.

5.2. Agentes

El sistema de salud alemán se basa en un sistema descentralizado y autónomo dirigido por una serie de diferentes agentes. Los poderes de toma de decisiones se comparten tradicionalmente entre los niveles nacional (federal) y estatal (Länder), con un considerable poder delegado a los cuerpos autónomos.

La Asamblea Federal, el Consejo Federal y el Ministerio Federal de Salud son los agentes clave a nivel nacional. El Ministerio Federal de Salud (Bundesministerium für Gesundheit - BMG) es responsable de la formulación de políticas a nivel federal. El Estado es responsable de establecer el marco legal, incorporado en el Libro de Código Social V (Sozialgesetzbuch), que debe ser cumplido por los fondos de seguros de salud y los proveedores de servicios. El Ministerio de Salud dirige una serie de instituciones y organismos encargados de hacer frente a cuestiones de más alto nivel de salud pública, como el Instituto Federal de Medicamentos y Dispositivos Médicos (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte - BfArM) y el Instituto Paul Ehrlich (PEI). El Instituto Federal de Medicamentos y Dispositivos Médicos toma decisiones relacionadas con la aprobación de productos farmacéuticos. El Instituto Paul Ehrlich es responsable de aprobar las vacunas.

El cuerpo más importante dentro del sistema de salud autónomo es el Comité Conjunto Federal (GBA), el máximo órgano de toma de decisiones a nivel federal. Reúne a las asociaciones federales de fondos de enfermedades y las asociaciones federales de grupos de proveedores (médicos, dentistas y hospitales). Es responsable de definir el paquete de servicios financiados con fondos públicos y establecer estándares de calidad para la atención de salud ambulatoria, hospitalaria e intersectorial. (Nolte y otros, 2008). La Asociación Nacional de Fondos Estatales de Seguro de Salud (GKV-Spitzenverband) es la asociación a nivel federal de todas las aseguradoras legales. Su actividad se rige por ley. Las aseguradoras privadas están representadas por la Asociación de Aseguradoras Privadas (PKV-Verband).

La salud pública es principalmente competencia de los 16 estados federales. Los estados federales también son responsables de planificar las capacidades de hospitalización y financiar inversiones en hospitales.

El gobierno federal rige los cinco seguros sociales a través del corpus legislativo federal conocido como el Libro del Código Social. Los cinco pilares del bienestar social de Alemania son el seguro de desempleo, el seguro de pensiones, el seguro de enfermedad, el seguro de accidentes y el seguro de asistencia a largo plazo.

5.3. Pagadores

Es un sistema descentralizado en el que el gobierno a nivel de los Länder y los fondos de enfermedades de entidades sin fines de lucro mantienen la autonomía. Los fondos de enfermedad son instituciones no gubernamentales, sin fines de lucro, competitivas y estrechamente reguladas (113 en 2017) (GKV-Spitzenverband 2017). Los fondos son necesarios para cubrir una amplia gama de beneficios, incluidos hospitales y servicios médicos, medicamentos recetados y atención dental, preventiva y de maternidad. Bajo el sistema estatutario de SHI, los servicios se brindan de manera gratuita en los centros de asistencia.

El nivel de contribuciones estatutarias de SHI depende de los ingresos, más que del riesgo individual, y se calcula como una proporción del ingreso del empleo remunerado (o pensiones) y los beneficios cubren a los dependientes sin ingresos sin ningún recargo. Todos en el mismo fondo de enfermedad en el mismo nivel de salario abonan la misma cantidad.

En el sistema de asistencia médica alemán, los miembros del seguro de enfermedad obligatorio se hacen cargo de los riesgos individuales por la pérdida de ingresos y los costos de la atención médica en caso de enfermedad. Toda persona cubierta por un seguro obligatorio tiene el mismo derecho a recibir atención. Las contribuciones se basan exclusivamente en los ingresos. Esto significa que los ricos pueden ayudar a los pobres y los sanos pueden ayudar a los enfermos. Sin embargo, estas aportaciones solo se basan en un porcentaje de escala hasta un cierto nivel de ingresos (Beitragsbemessungsgrenze). Cualquier persona que gane más de este monto paga la misma cuota máxima.

La cuota contributiva es el 14,60% del ingreso bruto (BMG). No se permite que los fondos excluyan a las personas debido a una enfermedad o aumenten las cuotas de acuerdo con la edad o la condición médica. Los SHI están obligados a cubrir a cualquier solicitante que cumple los requisitos. Todos los ciudadanos tienen libertad de elección entre los fondos de enfermedad. Las contribuciones se combinan entre los empleados asegurados por el SHI y sus empleadores (~ 53% y 47%). El 90% pertenece al sistema de fondos de enfermedad obligatorios, el 8% de la población opta por un seguro privado, el 2% recibe servicios médicos como miembros de las fuerzas armadas o la policía, y menos del 0,2% no tiene cobertura.

5.3.1. Aseguradoras privadas

Los trabajadores que ganan más de 48,000 euros por año pueden inscribirse en un fondo de enfermedad o darse de baja y contratar un seguro privado. No están obligados a contribuir al sistema de Seguro de Salud Obligatorio y pueden elegir entre una variedad de planes ofrecidos por muchas agencias de seguros privadas. Los pacientes pagan los costos del tratamiento por adelantado y le son reembolsados posteriormente. El nivel de reembolso dependerá de la política individual de la compañía de seguros.

5.3.2. Gastos de Salud

El monto de los gastos de atención médica es de € 2.911 per cápita y el 10,7% del PIB, que es el más alto de la UE. El 57% de los gastos totales de salud fueron pagados por un seguro de salud obligatorio. El 14% fue pagado por hogares privados, incluyendo pagos directos y copagos, el 9% fue pagado por el sector de seguros privados, el 5.7% fue financiado por fuentes gubernamentales, y un 7.5% fue pagado por seguros de cuidados a largo plazo. Los hogares privados contribuyen con alrededor del 14% del gasto total en salud (incluidos los pagos directos y los copagos). Los pacientes deben pagar 10 € por día de ingreso hospitalario (máximo 28 días) (Parsi & Fischer 2009).

5.4. Proveedores

La medicina alemana separa estrictamente a los médicos de atención ambulatoria y los médicos de hospitales. A la mayoría de los médicos de atención ambulatoria se les prohíbe el tratamiento de pacientes en los hospitales, y la mayoría de los hospitales no cuentan con consultas privadas para el tratamiento de pacientes ambulatorios. 2,8 millones de personas trabajan en una profesión médica (Destatis).

La acción concertada establece pautas para los honorarios de los médicos, las tarifas de los hospitales y los precios de los productos farmacéuticos dos veces al año. Con base en estas pautas, las negociaciones se llevan a cabo a nivel estatal, regional y local entre los fondos de enfermedad de una región, la asociación regional de médicos y los hospitales para establecer los honorarios de los médicos y las tarifas hospitalarias.

5.4.1 Cuidado de paciente hospitalizado

La atención hospitalaria aguda es ofrecida por una combinación de proveedores públicos, privados, y entidades sin fines de lucro y privadas con fines de lucro (34%, 38%, 28%) en 1956 hospitales existentes en Alemania. Los hospitales son atendidos principalmente por médicos asalariados. Los salarios de la atención hospitalaria se sufragan a través de un sistema de presupuestos globales con DRG asignado por admisión. El reembolso de los servicios de hospitalización se lleva a cabo directamente por los fondos del seguro de salud.

5.4.2. Atención ambulatoria

La atención ambulatoria la brindan principalmente proveedores privados con fines de lucro que trabajan individualmente. Los pacientes tienen elección libre de médico. Los asegurados por el SHI tienen acceso gratuito al 96% de todos los médicos ambulatorios (el 4% no está adscrito a la SHI y tratan solo a pacientes que están asegurados de forma privada o pagan de su bolsillo). La atención ambulatoria se organiza a nivel de los estados federales (Länder), a través de 17 asociaciones regionales de médicos. Estas son responsables de otorgar licencias a los médicos del SHI y de organizar el reembolso de los servicios prestados en el sector ambulatorio. Los médicos de atención ambulatoria deben unirse a la asociación de médicos de su región. Los fondos de enfermedad pagan una suma global cada año a la asociación de médicos en su región, que a su vez paga a los médicos sobre la base de una tabla de tarifas detallada.

5.5. Educación en Pediatría

En Alemania la pediatría forma parte de la educación médica, aunque la estructura del programa académico difiere de una universidad a otra.

Como ejemplo, describimos a continuación el programa de formación en pediatría de la Universidad Ludwig-Maximilians en Múnich:

En total, la educación médica está estructurada en 6 módulos, siendo la pediatría parte del módulo 5. El módulo de pediatría comprende clases, seminarios, seminarios online, tutoriales, y formación práctica. Además de estos cursos obligatorios, existen seminarios online voluntarios y cursos de formación práctica para profundizar en la materia. Al finalizar el programa de pediatría los estudiantes han de superar dos exámenes.

Clases

- Aportación de conocimientos básicos
- 28 lecciones de 45 min
- Temas: neumología, neonatología, endocrinología, enfermedades metabólicas, infectología, oncología, hematología, gastroenterología, cardiología, neurología pediátrica, hemostasiología, nefrología, nutrición

Seminarios

- 6 seminarios
- Temas: neurología del desarrollo, urgencias pediátricas, gastroenterología, vacunación, comunicar malas noticias, curso sobre examen de bebés y neonatos

Seminarios online

- Aprendizaje basado en estudio de casos

Tutoriales

- Grupos de tamaño: 8-10
- Discusión de 4 casos en 8 tutoriales de 90 minutos

Formación práctica

- Grupos de tamaño 3
- Los estudiantes trabajan 4 días en planta hospitalaria
- Temas: enseñanza al lado de la cama del paciente, historia clínica, examen clínico, redacción de informes médicos

Formación práctica voluntaria

- Cursos de formación en: examen neurológico, cirugía pediátrica, competencias comunicativas, cuidados iniciales de recién nacidos

Después de 6 años de universidad y superados los exámenes finales, los estudiantes pueden empezar a trabajar como MD, Doctor en Medicina. Para llegar a ser pediatras, deben trabajar un mínimo de 5 años en un hospital infantil o – en parte – en atención ambulatoria especializada como residentes. Durante este tiempo, se les forma en pediatría general, neonatología, medicina de cuidados intensivos y ultrasonido. Tras los cinco años deben pasar un examen final y así son especialistas en pediatría.

Como pediatría es una especialidad con muchas sub-especialidades, los pediatras pueden especializarse en un módulo posterior de 3 años en:

- Neonatología
- Neumología pediátrica
- Neurología pediátrica
- Cardiología
- Hemato-oncología
- Endocrinología y diabetología

Después se pueden especializar en algunas sub-especialidades posteriores en un breve periodo como reumatología, hemostasiología, gastroenterología, cuidados paliativos,...

5.6. Servicios Pediátricos

En Alemania, la atención médica de niños y adolescentes se realiza en

- La práctica pediátrica
- Hospitales universitarios infantiles y hospitales infantiles no universitarios, plantas pediátricas de hospitales generales (n=364 en 2013)
- “Centros Pediátricos Sociales” (CPS)* (n=153 en 2017)
- Clínicas de rehabilitación

* Centros Pediátricos Sociales

En las últimas tres décadas, la pediatría social (Sociedad Alemana de Pediatría Social y Medicina del Adolescente – en alemán DGSPJ) ha establecido sus centros socio-pediátricos en el sistema de salud alemán como una excelente plataforma que hace justicia a las anomalías del desarrollo y las necesidades específicas de los niños y adolescentes afectados o predispuesto a ser afectado por la discapacidad. Es importante destacar que los servicios prestados por estos centros están claramente anclados en el Código de Seguridad Social alemán (Sozialgesetzbuch, § 119).

Los equipos disponibles para tratar a los niños y adolescentes en los centros socio-pediátricos generalmente brindan atención médica multidisciplinaria y transdisciplinaria durante todo el proceso de desarrollo. Esto se aplica a las necesidades continuas de atención, así como a las medidas preventivas.

En consecuencia, el DGSPJ anunció en 2017 la ampliación de estos sistemas para incluir desórdenes crónicos – en niños con complejidad médica – Centro para Niños con Complejidad Médica (CCMC).

A 31 de diciembre de 2016, existen 14.466 (8.412 mujeres) doctores médicos en Alemania que trabajan especializados en pediatría, de los cuales 5.984 pediatras en un hospital infantil o la planta de pediatría de un hospital general.

Este informe es un resumen de la información y los datos obtenidos según las fuentes enumeradas al final de este documento.

Fuentes

- Armstrong EG, Fischer MR, Parsi-Parsi RW, Wetzel MS. The health care dilemma. A comparison of health care systems in three European countries and the US. Singapore: World Scientific Publishing UK; 2011.
- Bodenheimer TS, Grumbach K. Understanding health policy: A clinical approach. McGraw Hill Book Co; 2008.
- Asociación Médica Alemana <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/>. (18.01.2018)
- Ministerio Federal de Salud. Disponible en línea en: <https://www.bundesgesundheitsministerium.de>
- Busse R, Blümel M. Germany: health system review. Health Systems in Transition, 2014, 16(2):1–296.
- Fondo de la Commonwealth. Fecha de la encuesta internacional. Disponible en línea en: <http://www.commonwealthfund.org/interactives-and-data/international-survey-data/results?ind=643&ch=570>
- DGKJ-Sociedad Alemana de Pediatría y Medicina del Adolescente e. V. (18.01.2018) http://www.gkind.de/fileadmin/DateienGkind/Arbeitsgruppen/Rettet_die_Kinderstation/Zahlen_-_Daten_-_Finanzierung_-_Kinderkliniken_DGKJ_GKinD.pdf
- DGSPJ-Sociedad Alemana de Pediatría Social y Medicina Juvenil e. V. <http://www.dgspj.de/institution/sozialpaediatrische-zentren/>
- Oficina Federal de Estadística. Disponible en línea en: <https://www.destatis.de/EN/FactsFigures/FactsFigures.html>
- Información de Salud. Disponible en línea en: <https://www.informedhealth.org/>
- GKV-Asociación de Seguros de enfermedad legal. Disponible en línea en: <https://www.gkv-spitzenverband.de>
- Navegador de datos de salud. Disponible en línea en: <http://www.healthdatanavigator.eu/national/germany>
- Salud informada en línea. Disponible en línea en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0078019/>
- Fondo Internacional de la Commonwealth. Disponible en línea en: <http://international.commonwealthfund.org/countries/germany/>
- Mossialos E, Wenzl M, Osborn R, Anderson C. 2015 International Profiles of Health Care Systems. The Commonwealth Fund. 2016
- Nolte E, Knai C, McKee M. Managing chronic conditions: experience in eight countries. WHO Regional Office Europe; 2008.
- Parsi-Parsi RW, Fischer MR. The German Healthcare System and Recent Healthcare Reforms in Germany. Impulsvortrag gehalten auf der: Teaching health care system comparison; 2009; Witten.
- Simon M. Das Gesundheitssystem in Deutschland. Eine Einführung in Struktur und Funktionsweise. Huber, Bern; 2009.
- Thomson S, Foubister T, Mossialos E. Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. World Health Organization; 2009.
- Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para Europa. Disponible en línea en: <http://www.euro.who.int/en/countries/germany>

CAPÍTULO 2

ESTUDIO SOBRE LAS COMPETENCIAS TRANSVERSALES NECESARIAS EN PEDIATRÍA

EN: RUMANÍA, HUNGRÍA, ITALIA, ESPAÑA, ALEMANIA

RESUMEN

El capítulo actual presenta los resultados del estudio empírico sobre las competencias transversales necesarias en el campo de la pediatría en los cinco países miembros del proyecto no. 2016-1-RO01-KA203-024630 Softis-Ped - Competencias Transversales en Pediatría llevado a cabo en el marco del Programa de Alianzas Estratégicas Erasmus+: Rumanía, Hungría, Italia, España, y Alemania, sobre cuatro categorías de población: pacientes pediátricos, familiares de estos pacientes, pediatras y profesionales de la salud, en términos de: comunicación, transparencia, entorno hospitalario, aspectos interculturales, y gestión del tiempo.

1. MATERIALES Y MÉTODO

Esta investigación empírica forma parte del proyecto Softisped, cuyo objetivo es mejorar las competencias transversales de los estudiantes en pediatría para mejorar la eficacia y la adaptabilidad de los servicios pediátricos de acuerdo con las necesidades y expectativas de los niños y las familias, así como la capacidad de los formadores para instruir en estas competencias a través de métodos y estrategias innovadores.

El plan de estudios médico no se centra en las competencias transversales. De acuerdo con la literatura, los docentes médicos carecen de experiencia en el desarrollo de competencias transversales en la etapa de estudios teóricos y para los residentes en pediatría. Como tal, "las competencias transversales pueden ser el mayor desafío para la educación médica" (Dwyer, Canadian Journal of Surgery, 2014).

El objetivo del proyecto actual es identificar las competencias interpersonales más importantes para los pediatras, relacionarlas con los mejores métodos y estrategias de enseñanza y elaborar pautas y materiales para capacitar a los formadores en el uso de estos métodos y desarrollar las competencias transversales de los futuros pediatras. Como tal, el estudio actual alcanzará la primera parte de los objetivos del proyecto, es decir, identificar las necesidades de competencias transversales en los países del proyecto.

Los resultados del estudio conducirán a mejorar la educación y los servicios pediátricos optimando la comunicación con los niños y sus familias, implementando actividades lúdicas, interactuando con los niños a través de juegos, narración de cuentos

diseñada para distraer, calmar y ayudar a los niños a superar el miedo al médico y soportar el dolor, estrés y ansiedad asociados con las estancias en el hospital.

A la larga, los resultados en competencias transversales impactarán en la formación adecuada de los especialistas pediátricos al mejorar la educación médica en términos de habilidades cognitivas y competencias transversales prácticas (las competencias transversales pueden ser el mayor desafío en educación médica, Dwyer, Canadian Journal of Surgery, 2014)

1.1. Experiencia de los investigadores

El grupo de investigadores acordaron implicar a un pediatra, un especialista/conferencista en comunicación/ética y un médico residente en el campo de la pediatría. Todos ellos tenían experiencia y conocimientos adecuados, así como competencias de comunicación para adaptarse al terreno muy sensible de los pacientes pediátricos y sus padres en la obtención de sus respuestas de la manera más adecuada, despreocupada y menos traumática, pero también relevante.

Los siguientes investigadores acordaron liderar el equipo de investigadores en cada país y encargarse de la recopilación de datos nacionales. El supervisor en cada país fue responsable de seleccionar a los participantes: pediatras, padres / tutores / familiares, niños y personal de salud implicado con niños, a incluir en el estudio:

- Prof. Oana Marginean, PhD, Pediatra clínico 2, Hospital Universitario de Emergencia de Tirgu Mures, Universidad de Medicina y Farmacia de Tirgu Mures, **Rumanía**
- Prof. Martin Fischer, PhD, Universidad Ludwig-Maximilian, Múnich, **Alemania**
- Sabrina Grigolo, coordinadora de salud con titulación en Pedagogía y tutor clínico para el Programa de Formación de Enfermería, Azienda Sanitaria Locale, TO3, Torino, **Italia**
- Benjamín Herreros Ruiz-Valdepeñas, investigador principal y Emanuele Valenti, gestor del proyecto, subdirector del Instituto de Ética Clínica Francisco Vallés, Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid, **España**
- Dr. Andras Gabor, Filab, profesor asociado de Sistemas de Información, Universidad Corvinus de Budapest, **Hungría**

Realizamos un estudio prospectivo para analizar las expectativas de los principales agentes de los servicios de salud pediátrica: médicos, pacientes pediátricos y sus padres, y personal de atención médica mediante cuestionarios rellenados in situ y siguiendo las pautas del estudio. Se completaron 25 cuestionarios y se analizó cada área subsiguiente.

Todos los datos y parámetros presentados a continuación se obtuvieron a través de los cuestionarios aplicados a pediatras, pacientes infantiles, padres / familiares y personal de atención médica.

1.2. Método

El estudio utilizó **cuestionarios** para conocer las actitudes y expectativas, así como los principales desafíos y problemas que pueden encontrar los siguientes grupos objetivo: pediatras, padres (familiares), personal de atención médica y pacientes pediátricos en diferentes países europeos (Rumanía, Hungría, Italia, España, Alemania) en términos de:

1. Comunicación, interacción y empatía, capacidad de explicar la enfermedad del niño, tratamiento, construcción de confianza mutua y respeto

2. Transparencia en la comunicación de información sobre enfermedades y terapia
3. Organización del entorno hospitalario (dimensión de las habitaciones, privacidad, televisión, juguetes, imágenes), servicios durante la hospitalización
4. Gestión del tiempo
5. Cuestiones interculturales (barreras de idioma, tratar con diferentes creencias y valores)

Los cuestionarios fueron traducidos y suministrados en los idiomas nacionales.

1.3. Participantes

En cada país, los cuestionarios se suministraron a:

- 25 pediatras,
- 25 padres / tutores / familiares,
- 25 personal de atención médica (enfermeras),
- 25 pacientes.

Cada grupo llenó un cuestionario destinado a medir 5 áreas: comunicación, transparencia, ambiente hospitalario, asuntos interculturales y gestión del tiempo.

Criterios de inclusión:

- Pediatras: pediatras en un entorno hospitalario o especialistas que trabajan con niños (es decir, cuidados intensivos, psiquiatría, neurología, pedodoncia),
- Padres / tutores / familiares de los pacientes encuestados,
- Personal sanitario: trabajando en unidades pediátricas,
- Pacientes pediátricos: con edades de 5-14 años y condiciones agudas o crónicas.

Procedimiento. Los participantes en el estudio fueron seleccionados de acuerdo con los criterios de muestreo y trataron con los investigadores que obtuvieron sus consentimientos informados por escrito para participar. Los cuestionarios se enviaron a comités de ética relevantes en cada país y se siguieron todas las reglas de gobernanza de la investigación, según los requisitos correspondientes.

Todos los datos fueron recogidos e interpretados, manteniendo estricto anonimato de los participantes en los cuestionarios. Para la transparencia y la retroalimentación a los participantes, así como la mejora de la educación y práctica de competencias sociales que es el objetivo final del proyecto, los resultados del estudio se publicarán en formato libro electrónico en todos los idiomas del proyecto (español, italiano, alemán, rumano y húngaro).

A los niños a los que se les ofreció la oportunidad de participar en la investigación clínica se les pidió su opinión y dieron su permiso para continuar.

1.4. Variables

Las variables de investigación fueron:

- Para el personal sanitario: sexo, edad, lugar de nacimiento, ciudad de residencia, años de experiencia y función en el hospital;
- Para pediatras: sexo, edad, lugar de nacimiento, ciudad de residencia, años de experiencia, cursos de formación a los que asistió en 2016. También se preguntó a los pediatras si habían trabajado siempre en hospitales ubicados en el mismo contexto.
- Para pacientes y padres: sexo, edad, lugar de nacimiento, ciudad de residencia, duración en años de la enfermedad.

En **Rumanía**, los **pacientes pediátricos** encuestados fueron predominantemente varones (57%) frente a solo el 43% de niñas, mientras que la distribución en los tres rangos de edad fue: 12-14 años (47%), 5-7 años (33%) y 8-11 años (20%).

La duración de la enfermedad de los niños encuestados osciló entre uno y tres meses en el 47% de los casos y entre 4 y 8 meses en el 33% de los casos, con sólo un 7% de los pacientes con un período de hospitalización más prolongado.

Todos los **pediatras** que respondieron a los cuestionarios fueron mujeres con edades superiores a 45 años (63%), 37% con edades comprendidas entre 36-45 años y una experiencia laboral de más de 15 años en el 63% de los casos, mientras que el 37% tuvo una experiencia laboral de entre 5 y 10 años. Todos los pediatras trabajaban en el mismo contexto y participaron en cursos de capacitación en años anteriores.

El **personal de salud** que participó en el estudio fueron en su mayoría mayores de 45 años (67%) y una experiencia laboral de más de 15 años en el 67% de los casos.

Los **padres y parientes** que participaron en el estudio fueron en su mayoría mujeres (81%), la mayoría con edades comprendidas entre 36-45 años (53%). La duración de la enfermedad del paciente cuyos familiares completaron los cuestionarios fue de 1-3 meses en el 47% de los casos y en el 33% de los casos con un período de 4-8 meses de hospitalización.

En **Hungría**, los dos grupos encuestados consistieron en 25 enfermeras formadas y 23 pediatras del distrito XIII de Budapest. Todas las enfermeras que completaron el cuestionario eran mujeres. El 56% del personal de salud encuestado tenía más de 45 años; El 32% pertenecía al grupo de edad de 36-45 años y solo el 12% tenía entre 26 y 35 años. En cuanto a su experiencia laboral, la mayoría, el 72% pasó más de 15 años trabajando como enfermera. El 24% del personal de salud encuestado tenía una experiencia laboral de entre 10 y 15 años, mientras que el 4% restante había trabajado como enfermera durante 5-10 años.

El número de muestra del grupo de pediatras era 23, el 58% de ellos eran mujeres, mientras que los hombres eran el 42% del grupo encuestado. Los PCP encuestados tenían más de 36 años, el 39% pertenecían al grupo de edad de 35 a 45 años y el 61% tenían más de 45 años. El 61% de los pediatras encuestados pasó más de 15 años trabajando como médico, el 17% tenía una experiencia laboral de entre 10 y 15 años, mientras que el 22% restante había trabajado como médico durante 5-10 años.

El distrito 13 es el cuarto distrito más poblado de la capital con 110.000 habitantes y este número crece constantemente. En el distrito, hay 5 consultas de pediatras y cada una es responsable del tratamiento de aproximadamente 600-1500 niños.

Todos los médicos que realizaron la encuesta fueron pediatras de atención primaria (no atención secundaria o médicos de emergencia). Los médicos de atención primaria son la primera parada para recibir atención médica para niños y pueden tratar las afecciones en sus propias consultas. Los pacientes deben visitar al pediatra de atención primaria para chequeos médicos de rutina y para la atención médica que no sea de emergencia. Estos también pueden derivar al padre y al niño a un especialista de confianza si es necesario. En caso de casos repentinos o severos, los padres deben visitar un centro de emergencia. Uno de los trabajos más importantes del pediatra de atención primaria es ayudar a evitar que los niños se enfermen. Esto se llama cuidado preventivo. Los pediatras de atención primaria, a diferencia de los médicos de atención secundaria, son responsables con continuidad en el tiempo de la salud general de un niño. Por lo tanto, los médicos de atención primaria tratan a la persona, mientras que los médicos de emergencia tienden a enfocarse más en un caso específico y una enfermedad específica.

En general, los pacientes tienen una mayor autonomía en las consultas de atención primaria que en la atención de emergencia.

En **Italia**, los **profesionales sanitarios** encuestados fueron 100% mujeres. 41 coordinadores de atención médica de los hospitales Rivoli y Pinerolo participaron en la encuesta. Ellos eran:

- enfermeras
- enfermeras pediátricas
- trabajadores sociales y de salud
- parteras

41 eran profesionales de la salud que trabajan en los hospitales Rivoli y Pinerolo. La mayoría de los profesionales de la salud tenían más de 45 (86%). El 95% de ellos habían estado empleados en el hospital durante más de 15 años.

30 pediatras y expertos en perfiles de atención pediátrica participaron gracias a la implicación del Director del Departamento de Maternidad y Pediatría de ASLTO3. Eran predominantemente mujeres (63%) versus 37% hombres. El 64% tenía más de 45 años en términos de edad y sólo el 7% tenía entre 26 y 35 años. El 62% fueron empleados en el hospital durante más de 15 años y el 21% durante 10-15 años. El 57% de los pediatras y expertos trabajan en **hospitales** (y no en escuelas) de ASLTO3. El 48% de los expertos en pediatría asistió al menos a un curso de capacitación durante el año anterior, mientras que el 52% no asistió nunca a un curso de capacitación.

Los médicos que participaron en esta encuesta fueron:

- pediatras
- especialistas en neuropsiquiatría infantil
- neonatólogos
- expertos en cuidados de urgencia.

27 pacientes participaron en nuestra encuesta por medio de los Servicios Pediátricos y Neuropsiquiátricos de ASLTO3. El 58% de los pacientes eran mujeres versus el 42% hombres. La categoría más frecuente en términos de edad fue de "12-14 años" (58%). Con respecto a la "duración de la enfermedad", la categoría más frecuente fue de "1-3 años". A este dato le atribuimos el siguiente significado: la duración de la enfermedad desde T0 (diagnóstico confirmado) hasta T1 (rellenando el cuestionario). Esta duración es diferente de la "duración de la observación o el tratamiento" por Pediatría y Servicios Neuropsiquiátricos.

27 parientes han estado involucrados en Servicios Pediátricos y Neuropsiquiátricos. El 48% eran hombres, mientras que la categoría más frecuente en términos de edad era menor de 35 años.

En **España**, han participado 50 profesionales de la salud en tres hospitales diferentes, 25 médicos que trabajan en pediatría y 25 profesionales de la salud: se repartieron 20 cuestionarios en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón (HUFA), 10 en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (HINJ) y 20 en el Hospital Universitario XII de Octubre (HUXII), todos ubicados en Madrid. 25 pacientes y 25 familiares han sido encuestados en la Unidad de Pediatría de HUFA. El equipo de investigación de cada hospital ha suministrado los cuestionarios por medio de una entrevista individual.

Perfil del personal sanitario: el 100% de los profesionales de la salud eran mujeres. Los profesionales de la salud que participaron en esta encuesta son: enfermeras pediátricas, parteras, trabajadores de la salud, de los cuales 10 trabajan en HUFA, 10 en HUXII y 5 en HINJ. La mayoría de los profesionales de la salud tenían más de 45 años (66%), 24% entre 36 y 45 años, y un 10% entre 26 y 35 años. La experiencia laboral fue

de entre 0 y 5 años para el 5% de los profesionales de salud, entre 5 y 10 años para el 7%, entre 10 y 15 para el 11%, y más de 15 años para el 77% de la muestra.

Pediatras: el 75% de los pediatras y médicos que trabajan en pediatría son mujeres y el 25% son hombres. El rango de edad corresponde al 4% para los médicos entre 26 y 35 años, el 37% entre 36 y 45 años, el 59% a más de 45 años. La experiencia laboral corresponde a las siguientes tasas: 1% entre 0 y 5 años, 26% entre 5 y 10 años, 15% entre 10 y 15 años y 58% más de 15 años de experiencia. El 63% de los médicos encuestados había estado trabajando en las mismas áreas clínicas, mientras que el 37% trabajaba en varios campos clínicos. De los médicos entrevistados, el 89% recibió un curso de capacitación en los últimos años y el 11% no recibió ningún curso de capacitación.

Pacientes: el 52% de los pacientes entrevistados eran varones y el 48% eran mujeres. El rango de edad estaba entre 5 y 7 para el 44%, entre 8 y 11 para el 25%, y entre 12 y 14 para el 31% de los pacientes. La duración de la enfermedad para la que estaban en la unidad pediátrica fue ≤ 1 año para el 67% y entre 1 y 3 años para el 33% de ellos.

Familiares: el 43% de los familiares implicados en el estudio eran hombres y el 57% mujeres. La edad de rango fue ≤ 35 años para el 9%, el 77% estaba entre 36 y 45, y el 14% tenía más de 45 años.

En **Alemania**, los **profesionales sanitarios** encuestados fueron 100% mujeres. 12 enfermeras pediátricas participaron en la encuesta que trabaja en la sala del Hospital de la Universidad de los Niños de la Universidad Ludwig-Maximilians de Múnich y/o en el centro pediátrico social integrado. La edad de los profesionales de salud fue de 26-35 años (50%) y más de 45 años (50%). El 50% de ellos había trabajado en el hospital durante más de 15 años.

28 **pediatras** del Hospital Universitario Infantil de la Universidad Ludwig-Maximilians de Múnich y su centro integrado de pediatría social participaron en la encuesta. Eran mujeres (48%) y hombres (52%) en partes casi iguales. El 32% tenía más de 45 años en términos de edad, el 29% tenía entre 26 y 35 años y el 39% tenía entre 36 y 45 años. El 41% trabajaban como pediatras durante más de 15 años, 22 % por 0-5 años, 18% por 5-10 años y 19% por 10-15 años. El 57% de los expertos en pediatría asistió al menos a un curso de capacitación durante el año anterior, mientras que el 43% no asistió a ningún curso de capacitación.

26 **pacientes** del Hospital Universitario Infantil de la Universidad Ludwig-Maximilians de Múnich y su centro pediátrico social integrado participaron en la encuesta. El 58% de los pacientes eran mujeres versus el 42% hombres. La categoría más frecuente en términos de edad fue "12-14 años" (54%). En cuanto a la "duración de la enfermedad", la categoría más frecuente fue > 8 años (40%), seguida de 4-8 años (36%), 1-3 años (16%) y <1 año (8%)

27 **familiares** participaron en el cuestionario. El 62% eran mujeres mientras que la categoría más frecuente en términos de edad fue 36-45 años (54%).

2. RESULTADO Y DISCUSIÓN

2.1. COMUNICACIÓN (c)

El centro de la actividad de la unidad pediátrica es el niño enfermo y la comunicación entre los diferentes agentes de la unidad de atención pediátrica (pediatra, personal de atención médica, por un lado, y paciente pediátrico y sus padres, por otro), es crucial para su bienestar y el resultado exitoso de cualquier intervención médica.

Sin embargo, diferentes estudios apoyan la hipótesis de que el papel del niño en la comunicación médica ha sido insuficientemente explorado y estudiado. Incluso cuando el paciente es un niño, el foco de la investigación es generalmente médico-padre, en lugar de médico y niño, al niño se le presta poca atención¹. Incluso si la naturaleza triádica de las interacciones entre pacientes pediátricos requeriría más tiempo, las preferencias y valores del niño deberían ser consideradas y aceptadas, además de los de los padres.

La siguiente sección es una encuesta sobre la comunicación entre pediatras, personal sanitario, pacientes y padres de pacientes en Rumanía, Hungría, Italia, España y Alemania, en términos de apoyo al paciente, respeto en el hospital, apoyo ofrecido por el equipo médico, calidad de vida del paciente, disponibilidad del médico, citas para chequeos e información de seguimiento.

2.1.1. Apoyo del medico hacia el paciente

En Rumania, el apoyo ofrecido por los médicos a pacientes pediátricos fue evaluado con un 4,9 por los propios pacientes, con una percepción similar por parte de los padres / familiares de los pacientes (es decir, 4,9). La percepción de los médicos de esta comunicación se calificó con un máximo de 5.0, que representa el punto más fuerte en la sección de comunicación, pero solo con 4.8 por el personal de atención médica, que es una perspectiva más reservada con respecto al apoyo del médico al paciente.

calificación de profesionales de salud: 4.8 calificación de los pediatras: 5
calificación de los pacientes: 4.9 calificación de padres/familiares: 4.9

En Hungría, tanto las enfermeras educadas como los médicos piensan mayormente o completamente que los médicos ofrecen el tipo de apoyo que los pacientes necesitan. El mayor obstáculo para proporcionar el mejor apoyo posible es que los pediatras no tienen suficiente tiempo para los pacientes (las horas obligatorias de consulta para un pediatra son de 3 horas durante las cuales tratan a un promedio de 15-25 pacientes / día habitual). La atención del paciente sufre cuando los médicos están sobrecargados con tareas laborales y administrativas. Como resultado, la consulta médica promedio dura entre 5 y 6 minutos. En general, los pacientes reciben información relacionada con la enfermedad y el tratamiento del médico, mientras que las enfermeras proporcionan principalmente información de higiene.

calificación de profesionales de salud: 4.2 calificación de los pediatras: 4.4

¹ Doctor-parent-child communication. *Social Science & Medicine* 52(6):839-51 · April 2001 A (re)view of the literature (PDF ...https://www.researchgate.net/.../12096746_Aug_11,_2016)

calificación de los pacientes: 4.7

calificación de padres/familiares: 4.2

En Italia, los resultados promedio de la atención médica son de 3.7, mientras que el resultado de los pediatras es de 4.1, de un máximo de 5.0, que representa el valor de la sección de comunicación por parte del personal de atención médica y los médicos. Ambos piensan que los médicos en su mayoría ofrecen el tipo de apoyo que los pacientes necesitan, incluso si a menudo están sobrecargados de trabajo por el exceso de pacientes, pero también por las tareas administrativas.

La percepción de los pacientes y familiares es diferente de la del personal de salud y los médicos. Confirman que el problema principal está relacionado con la cantidad de tiempo dedicado. La razón es el bajo número de médicos versus el número de atenciones.

calificación de profesionales de salud: 3.7
calificación de los pacientes: 3.3

calificación de los pediatras: 4.1
calificación de padres/familiares: 3.2

En España, la percepción del médico sobre el apoyo del médico a los pacientes es ligeramente inferior a la percepción de los pediatras. Los médicos tienen una mejor percepción sobre su trabajo que otros miembros del personal de atención médica. Entre los usuarios, los pacientes difieren un poco de los familiares; ambos perciben el apoyo como inferior a la percepción de los profesionales de la salud.

calificación de profesionales de salud: 4.0
calificación de los pacientes: 3.8

calificación de los pediatras: 4.4
calificación de padres/familiares: 3.9

En Alemania, los pacientes y los padres valoran mejor el apoyo del médico a los pacientes (4.3 y 4.4) que los pediatras y los médicos. Este resultado subraya la visión crítica de los pediatras y el personal sanitario con respecto a su trabajo.

calificación de profesionales de salud: 3.7
calificación de los pacientes: 4.3

calificación de los pediatras: 4.0
calificación de padres/familiares: 4.4

2.1.2. Respeto en el hospital

Estar ingresado en el hospital puede ser una experiencia humillante, y por lo tanto, el respeto es la clave para mantener la dignidad tanto del paciente como de los padres que sufren y están privados de las condiciones de vida normales, por un lado, y los médicos y el personal de atención médica que trabajan bajo presión y dirigidos a lograr un apretado programa para salvar vidas y proporción

En **Rumanía**, el respeto por el paciente se calificó como extremadamente bueno, y todos los pacientes ofrecieron la puntuación máxima (5) en este punto. El respeto ofrecido por los pacientes a los médicos fue evaluado con 4.2 por los médicos, más bajo que el respeto ofrecido por los médicos a los pacientes. El respeto ofrecido por los pacientes al personal de atención de la salud fue 4.6 según lo percibido por el personal de salud y 5 por los familiares.

calificación de profesionales de salud: 4.6
calificación de los pacientes: 5.0

calificación de los pediatras: 4.2
calificación de padres/familiares: 5.0

En **Hungría**, curiosamente, las enfermeras piensan que los médicos obtienen medianamente el respeto que merecen, mientras que los médicos creen que lo obtienen la mayoría de las veces. Se puede atribuir una evaluación diferente a los diferentes tipos de comentarios que reciben. La mayoría de las veces, las enfermeras se reúnen con los pacientes en sus casas y no en la consulta del pediatra, lo que facilita la comunicación personal y abierta y hace que las enfermeras sean más susceptibles de adoptar el punto de vista de los padres. A diferencia de la presencia de los médicos, los pacientes se comunican de manera directa con las enfermeras. También pueden quejarse más sobre sus experiencias con los médicos.

Otro factor que puede contribuir a la diferencia en los resultados es la evaluación subjetiva del comportamiento respetuoso. El comportamiento de los pacientes puede ser evaluado más críticamente por un grupo exclusivamente femenino (personal de atención médica).

calificación de profesionales de salud: 3.2 calificación de los pediatras: 4.4
calificación de los pacientes: 4.5 calificación de padres/familiares: 4.3

En **Italia**, el promedio de resultados de los profesionales de la salud es de 3,4/5,0, mientras que el resultado de los pediatras es de 4,0. Se puede atribuir una evaluación diferente a los diferentes tipos de comentarios que reciben. El tipo de relación entre el paciente y el profesional de la salud/los médicos es diferente. Los profesionales de la salud se sienten menos respetados por los pacientes que los médicos. Los pacientes y familiares confirman que "respeto en el hospital" es una buena práctica en ASLTO3.

calificación de profesionales de salud: 3.4 calificación de los pediatras: 4.0
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 3.5

En **España**, el promedio de resultados de los profesionales de la salud es de 3,7/5,0 y el de pediatras es de 4,0/5,0. La diferencia entre el personal de atención médica y el médico es constante, y podría atribuirse a la relación diferente, en el caso de la relación médico-paciente: el papel de la confianza es crucial, ya que puede mejorar el sentido de respeto hacia el médico. Se muestra una correspondencia interesante entre los médicos, los pacientes y los resultados de los familiares, un dato que respalda el vínculo entre este punto y la calidad de la relación clínica.

calificación de profesionales de salud: 3.7 calificación de los pediatras: 4.2
calificación de los pacientes: 4.2 calificación de padres/familiares: 4.2

En **Alemania**, tanto los pacientes como los padres están muy satisfechos por el respeto que reciben en el hospital por los médicos y el personal de atención médica. Por otro lado, el respeto ofrecido por los pacientes/padres a los médicos y a los profesionales de la salud se evaluó como insuficiente.

calificación de profesionales de salud: 3.7 calificación de los pediatras: 3.9
calificación de los pacientes: 4.9 calificación de padres/familiares: 4.8

2.1.3. Apoyo ofrecido por el equipo médico

El apoyo se puede cuantificar de diferentes maneras. Puede implicar una bienvenida amistosa y ayuda con la orientación en la clínica, una guía amable durante el curso de la atención, reduciendo así el estrés del paciente y de los padres.

En **Rumanía**, los pacientes perciben el apoyo ofrecido por el equipo médico como muy bueno, 5.0, que es similar al respeto ofrecido a los pacientes. Sin embargo, los médicos estimaron que el apoyo ofrecido por el equipo médico a los pacientes no es ideal, lo que se refleja en su puntuación de 4.4. El personal de salud y los familiares ofrecieron una puntuación similar, es decir 4.9.

calificación de profesionales de salud: 4.9 calificación de los pediatras: 4.4
calificación de los pacientes: 5.0 calificación de padres/familiares: 4.9

Hungría. Aunque la diferencia es un poco menos marcada, los médicos también se sienten más apoyados por el personal médico que lo que las enfermeras piensan sobre el apoyo a los médicos. Los médicos marcaron "casi siempre" en el cuestionario, mientras que las enfermeras piensan que los médicos son apoyados "moderadamente". En Hungría, no hay prácticas grupales en atención primaria. Las regulaciones financieras reales no lo permiten. La colaboración vertical de los PCP, como la construcción de un locum, existe, pero solo entre prácticas dentro de la misma consulta o área. Los PCP están trabajando solos, pero en paralelo, apoyados por asistentes médicos en la consulta y por enfermeras responsables de los pacientes de su área de trabajo. (En general, los médicos tienen contacto directo con las enfermeras de las áreas donde también tienen "pacientes de consulta externa"). De acuerdo con la ley, debe haber un pediatra jefe en cada consulta pediátrica de atención primaria, pero esta regla rara vez se implementa en la práctica.

La mayoría de las veces existe una fuerte cooperación horizontal entre los pediatras de atención primaria y los especialistas de atención secundaria. Algunos pacientes pueden acceder directamente a algún tipo de especialista de atención secundaria, otros solo por referencia (neurología, reumatología, radiología, laboratorio y hospitalización), excepto casos de emergencia. Los especialistas dentro de la atención secundaria son en su mayoría funcionarios públicos, con sueldo fijo, empleados por los servicios de salud de los municipios u hospitales locales, que son financiados por el NHIF, según la tarifa por el servicio. El mismo sistema de empleo existe en los hospitales también.

calificación de profesionales de salud: 3.4 calificación de los pediatras: 4.2
calificación de los pacientes: 4.4 calificación de padres/familiares: 4.1

Italia. Los resultados promedio de los profesionales sanitarios son 3.7/5.0, mientras que el resultado de los pediatras es 4.0. Los médicos se sienten más apoyados por el personal médico que lo que se sienten los profesionales de la salud. Los profesionales sanitarios sienten una gran carga de trabajo. Los pacientes y familiares confirman que el apoyo ofrecido por el equipo médico es positivo y esto representa una buena práctica.

calificación de profesionales de salud: 3.7 calificación de los pediatras: 4.0
calificación de los pacientes: 3.7 calificación de padres/familiares: 3.6

En **España**, el promedio de los resultados de los profesionales sanitarios es 4.0/5.0 y el de los pediatras es 5.0/5.0. La diferencia entre los grupos de muestra está bien marcada, los médicos se perciben a sí mismos como más apoyados que como opina de ellos el personal de atención médica. La percepción de los pacientes y sus familiares es consistentemente diferente de la de los profesionales de la salud, y se corresponden con una pequeña diferencia de 0.1.

calificación de profesionales de salud: 4.0 calificación de los pediatras: 5.0
calificación de los pacientes: 3.8 calificación de padres/familiares: 3.9

En **Alemania**, los pediatras califican el apoyo del personal médico peor que el de los profesionales de la salud. En Alemania, los médicos son responsables de una gran cantidad de trabajo de organización que en gran parte no es responsabilidad genuina de un médico; este hecho puede contribuir a esta baja calificación. Por el contrario, los pacientes (4.6) y los padres (4.3) se sienten bien respaldados por el equipo médico.

calificación de profesionales de salud: 4.0 calificación de los pediatras: 3.7
calificación de los pacientes: 4.6 calificación de padres/familiares: 4.3

2.1.4. Calidad de vida del paciente

Los hospitales son mucho más que lugares donde se diagnostican y tratan las enfermedades. En el centro de cada proceso está el cuidado de los pacientes que a menudo son física y psicológicamente vulnerables (primero porque son niños y en segundo lugar porque están enfermos) y separados de la comodidad de sus familias y sus vidas normalizadas. Por lo tanto, la calidad de su vida es crucial para una pronta recuperación.

En **Rumanía**, los pacientes calificaron su calidad de vida en el hospital como 4.4, similar a la calificación de sus padres/familiares y casi similar con la disponibilidad del médico. Mientras los médicos calificaron la calidad de vida de los pacientes con 4,6, el personal de salud dio una puntuación de 4,8 a esta variable.

calificación de profesionales de salud: 4.8 calificación de los pediatras: 4.6
calificación de los pacientes: 4.4 calificación de padres/familiares: 4.4

En **Hungría**, los pacientes y los padres ofrecieron una calificación muy similar con respecto a la calidad de vida de los niños. La clasificación de los pediatras fue un poco más baja, mientras que el personal sanitario dio la puntuación más baja (3.2) a esta variable.

calificación de profesionales de salud: 3.2 calificación de los pediatras: 4.0
calificación de los pacientes: 4.4 calificación de padres/familiares: 4.3

Italia. El promedio de resultados del personal de salud es de 4,4/5,0, mientras que el resultado de los pediatras es de 3,7. Los profesionales de la salud evaluaron la calidad de vida de sus pacientes mejor que los médicos. Los médicos admiten que las condiciones del hospital están lejos de las necesidades de los pacientes, especialmente de los niños. La percepción de familiares y pacientes es diferente de la de los médicos y los profesionales de la salud, sus resultados son bajos en comparación con la percepción de

las otras dos categorías. La razón está relacionada con la calidad de vida de los pacientes y familiares que viven la enfermedad y la enfermedad de sus hijos.

calificación de profesionales de salud: 4.4 calificación de los pediatras: 3.7
calificación de los pacientes: 3.3 calificación de padres/familiares:3.3

España. El promedio de los resultados del personal de atención médica es de 4,1/5,0 y el de los pediatras es de 4,6/5,0. El médico considera que la calidad de vida del paciente es mejor en comparación con la calificación recogida por el personal de atención médica; quizá los diferentes objetivos les hagan conscientes de la eficacia del tratamiento ofrecido a los pacientes. El personal de atención médica está más cerca de la vida cotidiana de los pacientes y pueden percibir la falta de atención, el respeto y la calidad de vida en su estancia en el hospital, independientemente de los resultados terapéuticos. Los pacientes y familiares tienen la misma percepción 4.0, ligeramente diferente de los profesionales de la salud.

calificación de profesionales de salud: 4.1 calificación de los pediatras: 4.6
calificación de los pacientes: 4.0 calificación de padres/familiares: 4.0

En Alemania, el resultado promedio del personal de atención médica es 3.2/5.0. y de pediatras 3.6/5.0. El equipo médico que ha colaborado trabaja en un gran hospital universitario con una gran cantidad de pacientes que sufren enfermedades graves, raras y crónicas. Así pues, en comparación con los niños sanos, la calidad de vida en estos pacientes parece baja. Afortunadamente, la calificación de los pacientes y sus padres es un poco mejor, lo que puede explicarse por el cuidado y apoyo que reciben estos niños en todos los aspectos biopsicosociales de sus vidas.

calificación de profesionales de salud: 3.2 calificación de los pediatras: 3.6
calificación de los pacientes: 4.0 calificación de padres/familiares: 4.3

2.1.5. Disponibilidad del médico

El acceso a la atención sanitaria y los tiempos de espera para una cita o la falta de disponibilidad del médico pueden ser la principal frustración para el paciente y los padres.

En **Rumanía,** para el aspecto de la disponibilidad del médico los pacientes pediátricos puntuaron solo 4,5, que es un valor más alto que en la cuestión sobre obtener una cita para los chequeos médicos, pero menor que la calificación obtenida para el apoyo y respeto otorgado a los pacientes. Los médicos evaluaron su disponibilidad solo con 3.9, ya que saben que su tiempo es casi insuficiente. La disponibilidad del médico recibió una puntuación de 4.4 por parte del personal de atención médica y de los padres o parientes de los niños.

calificación de profesionales de salud: 4.4 calificación de los pediatras: 3.9
calificación de los pacientes: 4.5 calificación de padres/familiares: 4.4

Hungría. Si bien los médicos consideran que es más fácil para los pacientes hablar con los médicos durante las horas de consulta, las enfermeras consideran que es más difícil, y califican la disponibilidad como "a veces no es fácil" en el cuestionario. La facilidad

de disponibilidad en la consulta varía según la temporada del año. El período de vacaciones de verano se caracteriza por una ligera sobrecarga de trabajo. Es fácil contactar con la mayoría de los médicos en estos meses, mientras que el resto del año los pediatras generalmente están ocupados atendiendo a niños enfermos y firmando bajas medicas para las escuelas. Durante las 3-4 horas de consulta, no hay un límite máximo de pacientes aceptado por un pediatra. El número de pacientes en un día laboral promedio es de 15 a 25, mientras que puede llegar de 60 a 80 niños en períodos epidémicos.

calificación de profesionales de salud: 3.0 calificación de los pediatras: 4.2
calificación de los pacientes: 4.1 calificación de padres/familiares: 3.9

Italia. El promedio de resultados de los profesionales sanitarios es de 3,6/5,0, mientras que el resultado de los pediatras es de 4,0. Los médicos consideran que es más fácil para los pacientes hablar con ellos durante las horas de consulta, mientras que los profesionales sanitarios consideran esto más difícil.

La diferencia de resultados entre estas 4 categorías está relacionada con el número de médicos y el número de intervenciones. En ASLTo3, el número de médicos es bajo y la percepción de los pacientes y familiares es que hay poco tiempo para gestionar la atención.

calificación de profesionales de salud: 3.6 calificación de los pediatras: 4.0
calificación de los pacientes: 3.2 calificación de padres/familiares: 3.0

En **España**, el promedio de resultado del personal de salud es 3.8/5.0 y el de los pediatras es de 3.9/5.0. La diferencia entre los grupos no es significativa, ambos coinciden en la necesidad de una mayor disponibilidad de médicos en la unidad. Los pacientes y familiares tienen una percepción diferente de la de los profesionales de la salud. Es interesante resaltar que todas las calificaciones están por debajo de 4.0.

calificación de profesionales de salud: 3.8 calificación de los pediatras: 3.9
calificación de los pacientes: 3.2 calificación de padres/familiares: 3.4

En Alemania, tanto el personal de atención médica como los pediatras evalúan la disponibilidad del médico peor que los pacientes y los padres. En comparación con la medicina para adultos, cada pediatra trata de estar disponible de la mejor manera posible y las citas pueden reprogramarse muy rápidamente si el niño sufre una enfermedad aguda o un deterioro. Los pacientes y los padres parecen apreciar este hecho, mientras que los miembros del equipo médico creen que podría ser mucho mejor.

calificación de profesionales de salud: 3.5 calificación de los pediatras: 3.4
calificación de los pacientes: 4.5 calificación de padres/familiares: 4,0

2.1.6. Gestión de citas para chequeos médicos

En **Rumanía**, la disponibilidad para obtener citas para chequeos médicos fue puntuada con un 4.2 por los pacientes pediátricos, el punto más bajo y más débil en la comunicación con los niños. Este resultado puede deberse a la sobrecarga del médico y la implicación laboral, así como al sistema burocrático en Rumanía, lo que provoca una disponibilidad de tiempo insuficiente para el médico. Esta falta de disponibilidad la

compensan los residentes y el personal de atención médica que asumen la responsabilidad del médico. Sería sumamente útil un sistema electrónico para la gestión de las citas y los chequeos médicos computerizados y ahorraría un tiempo enorme a los médicos. Este aspecto fue evaluado por el personal de atención médica con un 4.2, similar a los pacientes pediátricos y a los familiares con 4.4.

calificación de profesionales de salud: 4.2 calificación de los pediatras: 3.7
calificación de los pacientes: 4.2 calificación de padres/familiares: 4.4

En **Hungría**, tanto los médicos como las enfermeras calificaron la disponibilidad de los médicos para disponer una cita para chequeos médicos (exámenes físicos, visitas de rutina, citas de seguimiento) entre " disponibles a veces " y "mayormente disponibles". Durante las horas de consulta, el asistente del médico contesta las llamadas del pediatra. En las horas de trabajo restantes, el pediatra de atención primaria está disponible para atender llamadas mientras atiende a pacientes que no pueden visitar su consulta debido a una enfermedad. Es una práctica común de los médicos intercambiar números de teléfono y direcciones de correo electrónico con los padres. La mayoría de los médicos más jóvenes mantienen contacto con los pacientes de esta manera.

calificación de profesionales de salud: 3.5 calificación de los pediatras: 3.4
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 3.7

Italia. El promedio de resultados de los profesionales sanitarios es de 3,9/5,0, mientras que el resultado de los pediatras es de 3,7. Los resultados obtenidos sobre la disponibilidad de los médicos y los profesionales de la salud reflejan que son "mayormente disponibles" y esto se debe al tiempo de espera para una cita y a la ocasional dificultad para el acceso a la atención sanitaria.

La percepción de los pacientes es buena, al mismo nivel que los profesionales sanitarios y los pediatras. La percepción de los familiares es baja en comparación con la de otras categorías, motivada por la dificultad de ajustar los diferentes tiempos de los controles a los pacientes con las tareas diarias.

calificación de profesionales de salud: 3.9 calificación de los pediatras: 3.7
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 3.4

En **España**, el resultado promedio de los profesionales de la salud es de 3,9/5,0 y el de los pediatras es de 3,7/5,0. Nuevamente, para evaluar la eficacia de las percepciones sobre los servicios de atención médica, los médicos "son ligeramente diferentes de los médicos", ambos consideran las listas de espera y la sobrecarga de pacientes como un obstáculo para garantizar la mejor calidad de los servicios en materia de respuesta en el tiempo. Los pacientes y familiares consideran este aspecto con una percepción diferente y reflejan unos resultados por debajo del 4.0/5.0.

calificación de profesionales de salud: 3.9 calificación de los pediatras: 3.7
calificación de los pacientes: 3.5 calificación de padres/familiares: 3.6

En **Alemania**, el equipo médico (3.8/5.0; 3.7/5.0) califica un poco mejor las citas para chequeos médicos que la disponibilidad del médico. Los pacientes y los padres ven posibilidades de mejora pero están satisfechos en líneas generales.

calificación de profesionales de salud: 3.8 **calificación de los pediatras: 3.7**
calificación de los pacientes: 4.1 **calificación de padres/familiares: 4.2**

2.1.7. Información de seguimiento

Rumania. La información de seguimiento fue considerada crítica por los médicos, es decir, 3.8, seguida por los pacientes con un 4.3, el personal de atención médica con un 4.4 y los familiares con un 4.5, lo que ofrece muchas oportunidades de mejora, especialmente desde el punto de vista de los pediatras.

calificación de profesionales de salud: 4.4 **calificación de los pediatras: 3.8**
calificación de los pacientes: 4.3 **calificación de padres/familiares: 4.5**

Hungría. Ambos grupos están de acuerdo que es "a veces fácil" que los pacientes obtengan unas adecuadas información de seguimiento (resultados de pruebas, medicamentos, instrucciones terapéuticas) y atención. Para obtener la información de seguimiento, los padres pueden comunicarse con el médico 1) ver al pediatra en su consulta 2) a través de llamadas telefónicas 3) por correo electrónico. Recientemente ha habido un impulso para que la comunicación electrónica se use con mayor frecuencia para mejorar la calidad de la atención. Entre los ejemplos que se practican están enviar por correo electrónico los resultados de las pruebas a los pacientes o atender las afecciones sin requerir visitas costosas a la consulta que requieren demasiado tiempo. A pesar de la promoción, pocos médicos se comunican por vía electrónica debido a dos razones principales. Por un lado, el analfabetismo informático sigue siendo un problema común entre los médicos de edad avanzada. Por otro lado, a pesar de sus ventajas, la comunicación electrónica también ha aumentado el volumen de trabajo de los médicos y provocado que algunos sientan que su día nunca llega a terminar.

calificación de profesionales de salud: 3.4 **calificación de los pediatras: 3.4**
calificación de los pacientes: 4.2 **calificación de padres/familiares: 3.7**

Italia. Los resultados promedio de la atención médica son 4,1/5,0, mientras que el resultado de los pediatras es 3,7. Los profesionales sanitarios opinan que es más fácil obtener información de seguimiento que los médicos. La calidad de la información de seguimiento es alta, a excepción de los familiares. Quizás la razón esté relacionada con el tipo de información: los familiares necesitan información mas útil para realizar adecuadamente las terapias y el tratamiento diario.

calificación de profesionales de salud: 4.1 **calificación de los pediatras: 3.7**
calificación de los pacientes: 3.8 **calificación de padres/familiares: 3.3**

En **España**, el resultado promedio del personal sanitario es 4.0/5.0 y el de los pediatras es 3.8/5.0. La diferencia entre los grupos de la muestra no es significativa; tienen una percepción común sobre el nivel de información que los pacientes deben recibir después de la hospitalización. La percepción de los pacientes y familiares están levemente por debajo de la de los pediatras.

calificación de profesionales de salud: 4.0 **calificación de los pediatras: 3.8**
calificación de los pacientes: 3.5 **calificación de padres/familiares: 3.6**

En Alemania, los pacientes y los padres piensan que la información de seguimiento y la atención son bastante buenas. Se les proporcionan resultados de pruebas, recetas medicas, o informes médicos de forma regular. La mayoría de los pacientes y padres pueden enviar correos electrónicos a los médicos para obtener más información o actualizaciones. El resultado promedio de los profesionales de la salud y de los pediatras es un poco más bajo, pero no es un mal resultado.

calificación de profesionales de salud: 4.1 calificación de los pediatras: 4.1
calificación de los pacientes: 4.8 calificación de padres/familiares: 4.6

2.1.8. Comunicación- Conclusiones

Necesidades de aprendizaje de comunicación en Rumania

Para **Rumanía**, la puntuación promedio más baja sobre la comunicación la dieron los médicos: 3,8, una puntuación más baja que la ofrecida por los pacientes infantiles. Este resultado se debe a las difíciles condiciones crónicas, los problemas psicológicos derivados, la falta de tiempo de los médicos para tratar todos estos problemas, además de sus otros compromisos (estudiantes, cursos, demasiados pacientes, burocracia administrativa).

El promedio de los profesionales de la salud respecto a la comunicación fue de 4,6, similar al de los familiares y los pacientes. Para los pacientes, la puntuación promedio de 4.6 es aceptable, dadas sus condiciones crónicas, hospitalizaciones prolongadas y enfermedades incapacitantes (tumores malignos, afecciones inflamatorias crónicas, síndromes de malabsorción, patologías renales crónicas, enfermedades reumáticas).

Comunicación	Cuestionario Profesionales de la salud	Cuestionario Pacientes	Cuestionario Pediatras	Cuestionario Familiares
Promedio	4.6	4.6	4.2	4.6
Apoyo a pacientes	4.8	4.9	5.0	4.9
Respeto de los pacientes	4.6	5.0	4.2	5.0
Apoyo del equipo medico	4.9	5.0	4.4	4.9
Citas para chequeos médicos	4.2	4.2	3.7	4.4
Disponibilidad durante horario consulta	4.4	4.5	3.9	4.4
Calidad de vida del paciente	4.8	4.4	4.6	4.4
Seguimiento de información	4.4	4.3	3.8	4.5

Tabla 1. Resultados de comunicación para Rumanía

El resultado más bajo entre los relativos a la comunicación es para la variable *citas para chequeos médicos* en todos los grupos encuestados y la más alta entre todos los grupos encuestados es para *el apoyo ofrecido a los pacientes*. Los pediatras sienten que necesitan mejorar su gestión de citas para los chequeos médicos, la disponibilidad durante el horario de consulta y ofrecer una información de seguimiento y también sienten que deberían recibir más respeto por parte de los pacientes.

Los pacientes pediátricos echan en falta una mejor programación de las citas para chequeos médicos y una información de seguimiento más clara y adaptada. Este es un aspecto que podría mejorarse mediante la adaptación del estilo de comunicación a la capacidad de comprensión e implicación de las diferentes estrategias de comunicación de los niños. Los niños también apreciarían una mayor disponibilidad de apoyo médico durante el horario de consulta y una mejor calidad de vida hospitalaria.

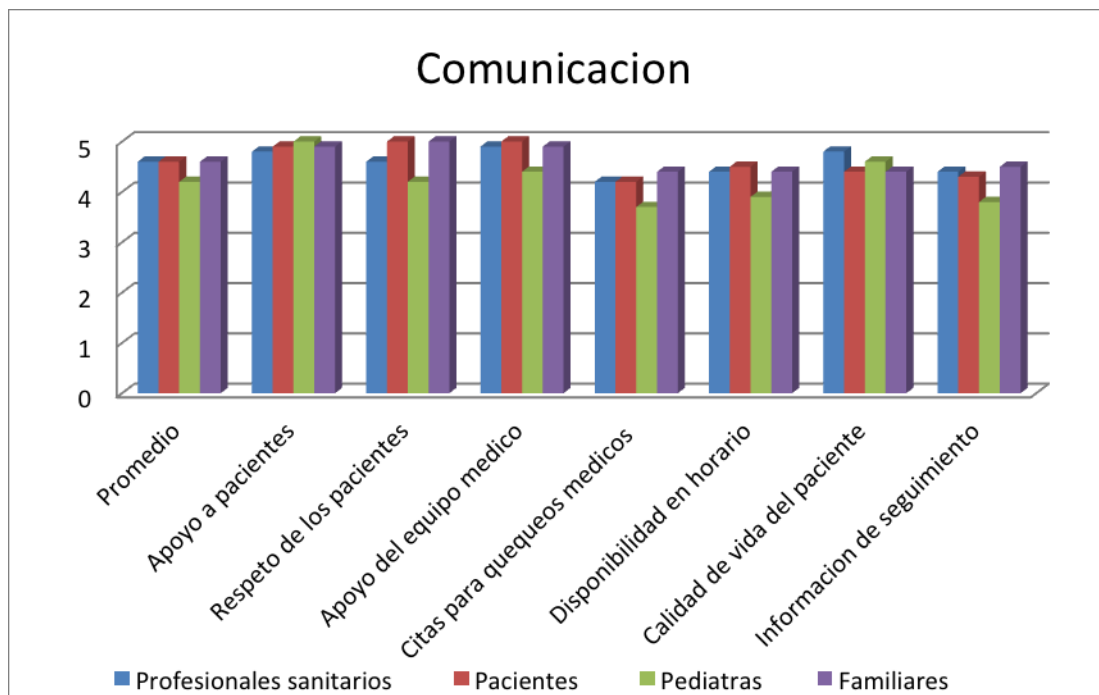


Fig. 1. Resultados de comunicación para Rumanía

Necesidades de aprendizaje de comunicación en Hungría

Comunicación	Cuestionario Profesionales de la salud	Cuestionario Pacientes	Cuestionario Peditras	Cuestionario Familiares
Promedio	3,4	4,3	4,0	4,0
Apoyo a pacientes	4,2	4,7	4,4	4,2
Respeto de los pacientes	3,2	4,5	4,4	4,3
Apoyo del equipo medico	3,4	4,4	4,3	4,1
Citas para chequeos médicos	3,5	3,9	3,4	3,7
Disponibilidad durante horario consulta	3,0	4,1	4,2	3,9
Calidad de vida del paciente	3,2	4,4	4,0	4,3
Seguimiento de información	3,4	4,2	3,4	3,7

Tabla 2. Resultados de comunicación para Hungría

Para **Hungría**, la puntuación más baja sobre comunicación la dieron los profesionales de la salud (3.4). El promedio de familiares y peditras fue de 4,0 cercano al de los pacientes (4,3), lo que indica que estos tres grupos están mayormente satisfechos con la comunicación.

De forma similar a los resultados en Rumanía, el mejor sobre la comunicación fue la variable del apoyo ofrecido a los pacientes en todos los grupos encuestados, mientras que el más bajo fueron las citas de chequeos médicos y la información de seguimiento. Los peditras piensan que necesitan mejorar su gestión de citas y ofrecer más información de seguimiento. Los pacientes pediátricos echan en falta una mejor programación de citas, mientras que los padres también expresaron la necesidad de recibir una información de seguimiento más clara y adaptada a la edad. Los profesionales sanitarios se quejaron del creciente número de tareas administrativas que reduce la disponibilidad del médico durante el horario de consulta.

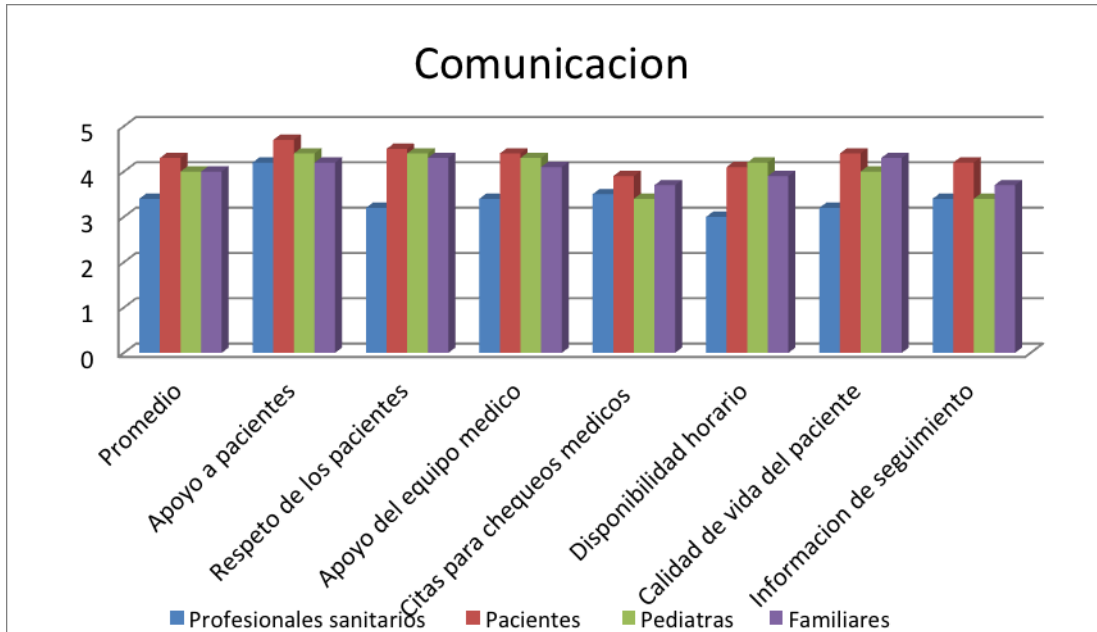


Fig.2 Resultados de comunicación para Hungría

Necesidades de aprendizaje de comunicación en Italia

Para **Italia**, la puntuación promedio más baja para la comunicación la dieron los familiares. La alta diferencia en los resultados entre familiares y pediatras se debe a la desproporción entre la cantidad existente de médicos y la cantidad de servicios que deben realizar. La percepción de los pacientes y familiares es la de que hay un tiempo muy reducido dedicado a la atención porque en ASLTo3 el número de médicos es reducido.

El promedio sobre la comunicación de los profesionales de salud fue de 3,8, similar al de los pediatras. Para los pacientes, la puntuación promedio de 3,6 se debe a los bajos valores en la disponibilidad en el horario de consulta y la calidad de vida del paciente: estos resultados conducen a un bajo respeto en la percepción de médicos y cuidadores, relacionada con la calidad de vida de los pacientes y familiares, que viven la enfermedad y las afecciones de los niños. Los profesionales sanitarios evaluaron la calidad de vida de sus pacientes mejor que los médicos: los médicos parecían admitir que las condiciones del hospital están lejos de las que deben tener los pacientes, especialmente las necesidades de los niños.

Comunicación	Cuestionario Profesionales de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	3,8	3,6	3,9	3,3
Apoyo a pacientes	3,7	3,8	4,1	3,3
Respeto de los	3,4	3,9	4	3,5

pacientes				
Apoyo del equipo médico	3,7	3,7	4	3,6
Citas para chequeos médicos	3,9	3,9	3,7	3,4
Disponibilidad horario consultas	3,6	3,2	4	3
Calidad de vida del paciente	4,4	3,3	3,7	3,3
Información de seguimiento	4,1	3,3	3,7	3,2

Tabla 3. Resultados de comunicación para Italia

Los familiares creen que los pediatras necesitan mejorar su disponibilidad en horario de consulta, la información de seguimiento, la calidad de vida del paciente y el apoyo al paciente. Estas expectativas son las mismas que las de los pacientes pediátricos. El apoyo y la información son aspectos que podrían mejorarse mediante la adaptación del estilo de comunicación a la capacidad de comprensión de los niños y sus familiares y la integración de diferentes estrategias de comunicación.

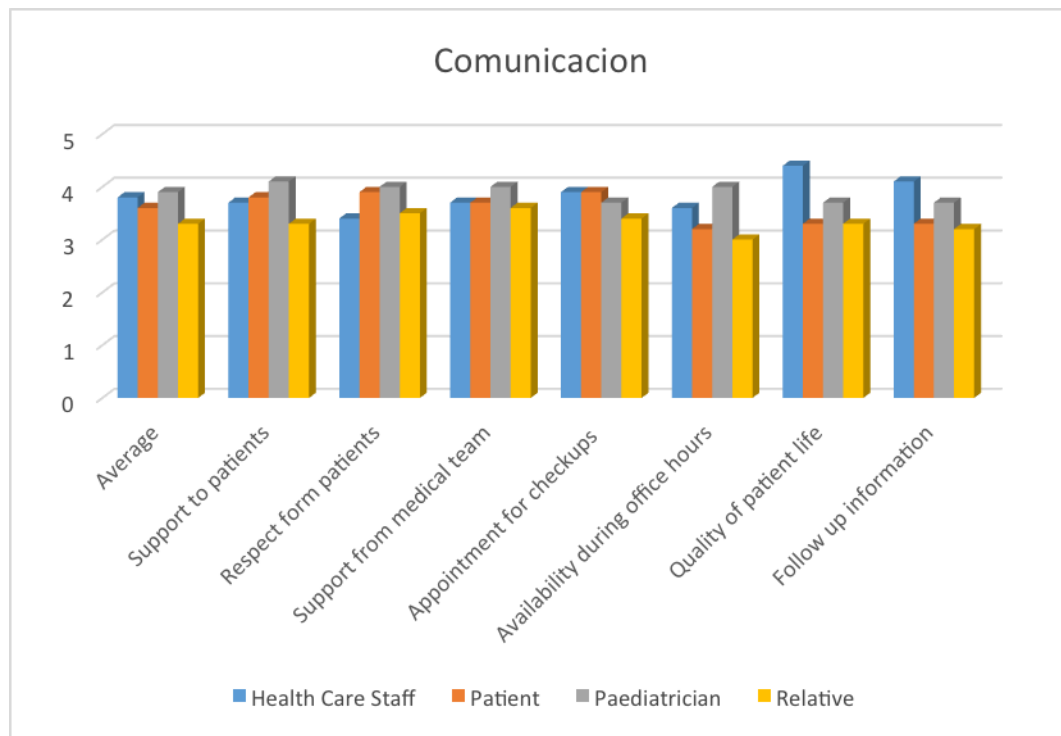


Fig.3 Resultados de comunicación para Italia

Necesidades de aprendizaje de comunicación en España

Para **España**, el promedio relativo a la comunicación es globalmente bueno; las percepciones de los médicos son relativamente mejores que las de los otros grupos de la muestra. Consideramos que este aspecto depende de la legislación nacional en España que regula el proceso de información al paciente y la capacitación de los médicos en materia de comunicación comparativamente mejor que la del profesional sanitario. Este aspecto es respaldado por la percepción de todos los aspectos explorados en el cuestionario. Todos los puntos relacionados con el proceso de comunicación y las actitudes en la relación clínica son percibidos por los clínicos con unos valores más alta que otros integrantes de la muestra. Solo en el caso de la información de seguimiento, los médicos muestran una peor percepción, con una diferencia significativa con respecto al valore mostrado por personal sanitario. Por un lado, el profesional de la salud está directamente implicado en el seguimiento y consideran relevante su rol de apoyo en el proceso, y por el otro, los médicos, pacientes y familiares son conscientes de las necesidades reales de los pacientes.

Comunicación	Cuestionario Profesional de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Peditra	Cuestionario Familiares
Promedio	3,9	3,8	4,2	3,8
Apoyo a pacientes	4,1	4,1	5,0	4,1
Respeto de los pacientes	3,7	4,2	4,2	4,2
Apoyo del equipo medico	4,0	3,8	4,4	3,9
Citas para chequeos médicos	3,9	3,5	3,7	3,6
Disponibilidad horario consulta	3,8	3,2	3,9	3,4
Calidad de vida del paciente	4,1	4,0	4,6	4,0
Información de seguimiento	4,0	3,5	3,8	3,6

Tabla 4. Resultados de comunicación para España

La percepción de los profesionales sanitarios sobre el *respeto de los pacientes* es menor que en otros grupos de la muestra, tal vez porque están expuestos a todo tipo de disfunciones percibidas por los pacientes y la familia durante la hospitalización. Los profesionales de la salud asumen el papel de mediadores entre los pacientes, la familia y los servicios de atención médica, y esto supone que se exponen a todas las situaciones conflictivas que ocurren en la unidad. Todos los datos recogidos relativos a la calidad de

los servicios de atención médica en términos de *organización de recursos humanos y servicios* están por debajo de 4.0, un valor compartido por todos los grupos de la muestra. Estos datos difieren de la percepción subjetiva del grupo de muestra relacionado con la *calidad de vida* en la unidad, otro elemento donde hay un consenso positivo con un promedio superior a 4.0 en todos los grupos.

En conclusión, la necesidad de mejorar la comunicación en España se centra específicamente en la comunicación entre el personal sanitario, especialmente los médicos y otros profesionales sanitarios. El papel del profesional de la salud es esencial para mejorar la satisfacción de los usuarios de los servicios de en pediatría. Los médicos deben involucrar a las enfermeras y otros profesionales de la salud en la relación clínica y pensar en la relación médico-paciente en pediatría en términos de un equipo. Este aspecto se desarrolla, por ejemplo, en otras especialidades médicas donde los pacientes son particularmente vulnerables, como los cuidados paliativos. La formación de equipos es una competencia transversal extremadamente importante en pediatría y es la consecuencia de la mejora de la comunicación entre los profesionales de la salud. El cuidado dentro del equipo en pediatría debe incluir a los familiares, y los profesionales sanitarios juegan un papel clave en este sentido.

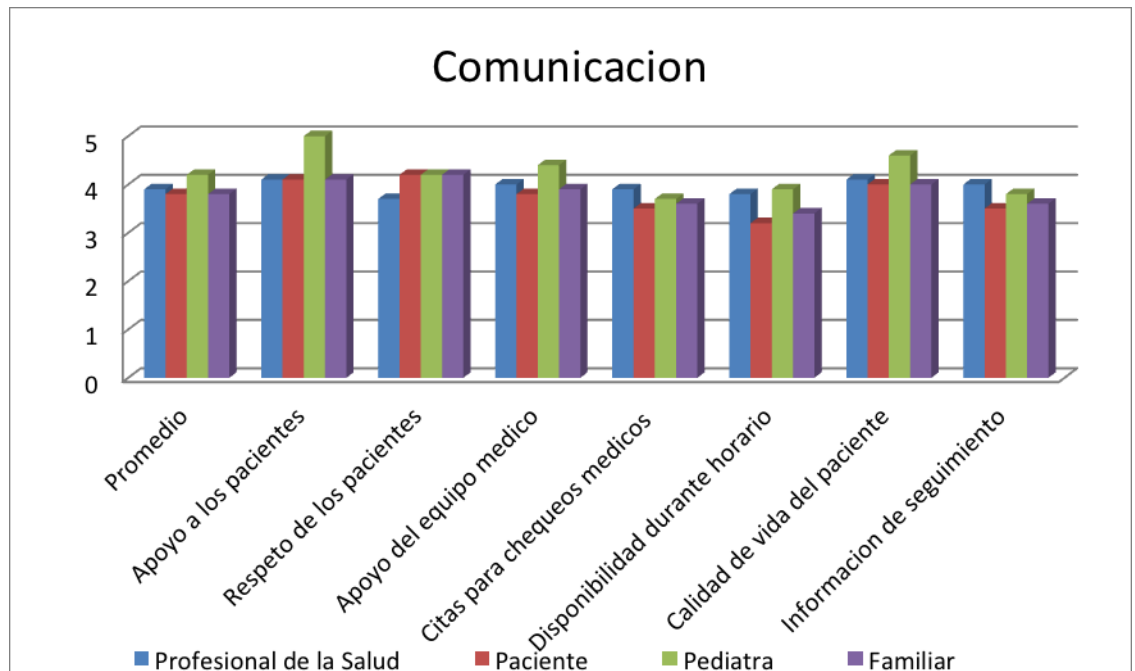


Fig.4 Resultados de comunicación en España

Necesidades de aprendizaje de comunicación en Alemania

En **Alemania**, la puntuación promedio más baja sobre comunicación la dieron los profesionales sanitarios (3.7) seguido de los pediatras (3.8). Por el contrario, los pacientes y familiares parecen estar más que satisfechos con la comunicación (4.5. y 4.4).

Los pediatras califican su *apoyo a los pacientes* y brindan *información de seguimiento* con los mejores resultados en su grupo (4.0 y 4.1) y los profesionales sanitarios también piensan que la información de seguimiento es suficiente (4.1). En general, el número cada vez mayor de tareas administrativas reduce el tiempo que los médicos pueden dedicar a los pacientes y familiares.

Los pacientes y familiares aprecian todos los aspectos de la comunicación, aunque los padres piensan que la *disponibilidad durante el horario de consulta* podría mejorar (4.0).

Comunicación	Cuestionario Profesional sanitario	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	3,7	4,5	3,8	4,4
Apoyo a los pacientes	3,7	4,3	4,0	4,4
Respeto de los pacientes	3,7	4,9	3,9	4,8
Apoyo del equipo médico	4,0	4,6	3,7	4,3
Citas para chequeos médicos	3,8	4,1	3,7	4,2
Disponibilidad en horario de consulta	3,5	4,5	3,4	4,0
Calidad de la vida del paciente	3,2	4,0	3,6	4,3
Información de seguimiento	4,1	4,8	4,1	4,6

Tabla 5. Resultados de comunicación en Alemania

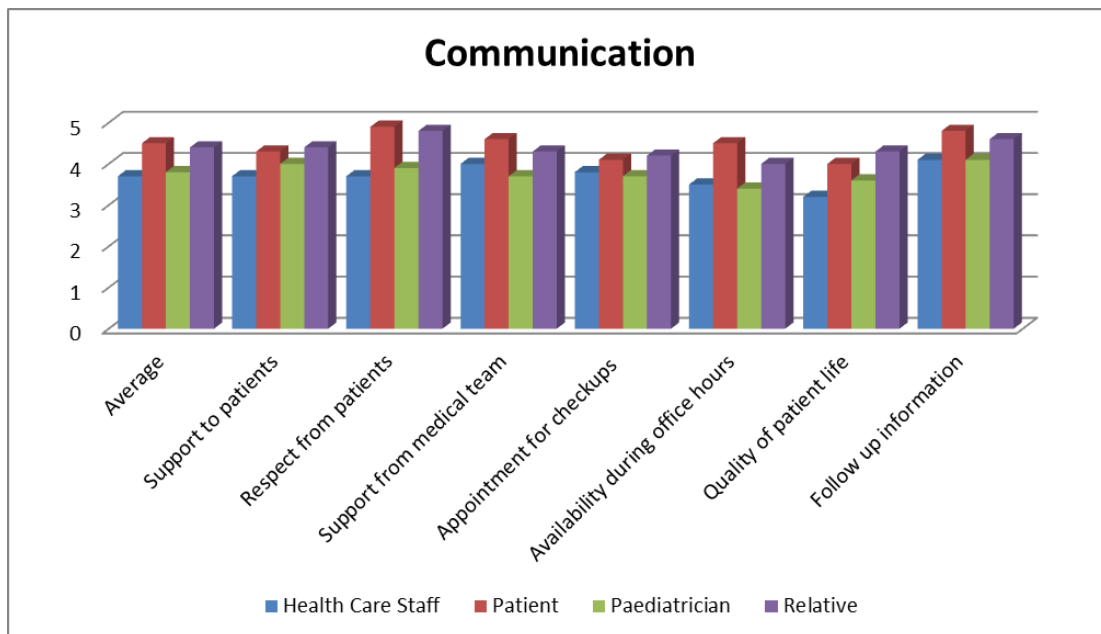


Fig. 5. Resultados de comunicación en Alemania

2.2. TRANSPARENCIA (T)

La transparencia generalmente hace referencia a transmitir una mejor información a los pacientes sobre los costes y a la calidad de la atención. En este estudio, la transparencia se evalúa en términos de implicación de otros médicos, eficiencia y rapidez para resolver las quejas de los pacientes, proporcionar información importante al paciente (oral/escrita) e información sobre el cuidado, el trato al paciente con cortesía y respeto, cuestiones de privacidad y ofrecer información por vía escrita.

La transparencia una vez optimizada probablemente genere cambios que son esenciales en los servicios de salud pediátricos.

2.2.1. Implicación de otros médicos

Rumania: la implicación de otros médicos fue evaluada con un 4.3 por los pacientes pediátricos y sus familiares. Sin embargo, el personal sanitario consideró que la implicación de otros médicos fue menor, lo que resultó en un valor de 3,3 y el más bajo en los pediatras: 3,1 - el valor más bajo para el dato de la transparencia.

calificación de profesionales de salud: 3.3

calificación de los pediatras: 3.1

calificación de los pacientes: 4.3

calificación de padres/familiares: 4.3

Hungría: la financiación de la consulta de un pediatra depende en gran medida del número de derivaciones a la atención secundaria. Si el médico envía menos pacientes a los controles de siguiente nivel, su calificación oficial como médico cambia. Como resultado se asignara una cantidad de dinero diferente a la práctica de su ejercicio. La primera visita de contacto generalmente no necesita más controles médicos: en el 80% de los casos, los pacientes no necesitan atención secundaria o de emergencia. Según las respuestas de la encuesta, las enfermeras, los pacientes y los padres piensan que normalmente los médicos involucran a otros profesionales de la salud y cuidadores en la atención del paciente, mientras que los médicos consideran que este aspecto lo hacen solo cuando es necesario.

calificación de profesionales de salud: 3.7 calificación de los pediatras: 2.9
calificación de los pacientes: 4.2 calificación de padres/familiares: 3.8

Italia – El promedio de resultados de los profesionales de la salud es de 3,9, mientras que el resultado de los pediatras es de 3,7. Los médicos perciben que están menos involucrados que lo que observa el personal de atención médica, incluso si normalmente la primera consulta requiere más revisiones médicas.

Los pacientes y familiares perciben que el bajo respeto por la salud y por los pediatras es debido a un problema organizativo: el logopeda, el psicólogo, los pediatras de los servicios regionales no pertenecen a los Servicios Neuropsiquiátricos ni a las Unidades Pediátricas. El impacto tiene relación con la responsabilidad del proyecto de atención médica como equipo.

calificación de profesionales de salud: 3.9 calificación de los pediatras: 3.7
calificación de los pacientes: 3.1 calificación de padres/familiares: 3.3

España – El promedio de los resultados del profesional sanitario es de 3.7/5.0 y el de los pediatras es de 3.1/5.0. La diferencia entre los profesionales sanitarios y los médicos es clara, quizás las percepciones de los médicos estén influenciadas por su rol en los procesos de toma de decisiones. La responsabilidad y la confianza del paciente son aspectos que de alguna manera personalizan la relación clínica, más que el profesional de la salud, donde las rotaciones son frecuentes. Los pacientes y familiares muestran cierta uniformidad en la evaluación de este aspecto del proceso de información, su calificación es ligeramente diferente de la de los médicos.

calificación de profesionales de salud: 3.7 calificación de los pediatras: 3.1
calificación de los pacientes: 3.5 calificación de padres/familiares: 3.6

Alemania – El resultado promedio del personal de atención médica es 3.7, el resultado más bajo. Los pediatras, los pacientes y los padres valoran mejor la implicación de otros médicos (4.2-4.4)

calificación de profesionales de salud: 3.7 calificación de los pediatras: 4.2
calificación de los pacientes: 4.4 calificación de padres/familiares: 4.2

2.2.2. Quejas de los pacientes

Rumanía - Los pacientes pueden quejarse por diferentes motivos: algo que salió mal, una experiencia dolorosa, falta de información, insatisfacción con la atención². Sus quejas pueden provocar una experiencia estresante para los médicos y el personal sanitario. Sin embargo, se ha estimado que el 23% de las quejas pueden resolverse mediante una sincera disculpa, y otro 34% mediante una explicación de las circunstancias del momento en cuestión³. La gestión de las quejas es un aspecto importante de la atención centrada en el paciente y plantea oportunidades para mejorar la calidad.

Los pacientes y los profesionales sanitarios estimaron que la respuesta a las quejas de los pacientes era justa y buena (4,8) y un poco mejor la de los médicos y los padres (4,9). Si el personal está capacitado para escuchar con eficacia, ofrecer un enfoque proactivo y gestionar las expectativas de los niños y las familias, se pueden resolver pequeños problemas antes de que empeoren.

calificación de profesionales de salud: 4.8 calificación de los pediatras: 4.9
calificación de los pacientes: 4.8 calificación de padres/familiares: 4.9

Hungría - Generalmente, no hay resultados de análisis de sangre u otras pruebas médicas en la primera visita. En este sentido, la única fuente de información que tienen los médicos es lo que el padre o el niño le comunican sobre los síntomas. Todos los grupos encuestados consideran que los médicos escuchan atentamente las quejas de los pacientes la mayoría de las veces.

calificación de profesionales de salud: 4.4 calificación de los pediatras: 4.4
calificación de los pacientes: 4.0 calificación de padres/familiares: 4.0

Italia – Los resultados promedio sobre la atención médica son de 3,9/5,0, y el de los pediatras es de 4,0. Los profesionales de la salud y los médicos consideran que estos escuchan atentamente las quejas de los pacientes la mayoría de las veces. La percepción de los pacientes y familiares es mas baja que la de los profesionales sanitarios y los pediatras porque las respuestas de información que los familiares y los pacientes esperan son diferentes.

calificación de profesionales de salud: 3.9 calificación de los pediatras: 4.0
calificación de los pacientes: 3.1 calificación de padres/familiares: 3.2

España – El promedio de los resultados del personal de salud es 4.3/5.0 y el de los pediatras es 4.9/5.0. La diferencia entre los grupos no es consistente, los profesionales sanitarios parecen prestar menos atención a las quejas de los pacientes, quizás debido a la tipología de las reclamaciones que puede hacer un paciente a un médico, considerado normalmente responsable de la condición del paciente en la unidad. Los pacientes y familiares no consideran que las quejas sobre la comunicación sean compartidos por los profesionales de la salud.

calificación de profesionales de salud: 4.3 calificación de los pediatras: 4.9

² <http://www.avant.org.au/uploadedFiles/Content/resources/member/risk-200912-dealing-with-patient-complaints.pdf>

³ Victorian Office of the Health Services Commissioner. Annual Report 2008: 18-9:
www.health.vic.gov.au/hsc/downloads/annrep08.pdf.

calificación de los pacientes: 4.0

calificación de padres/familiares: 4.0

Alemania – Los pacientes piensan que el equipo médico escucha atentamente sus quejas, lo cual aprecian sumamente (4.7). Los pediatras y los padres muestran resultados similares altos (4.4). Por el contrario, los profesionales sanitarios no están tan satisfechos con la gestión de las quejas (3.6).

calificación de profesionales de salud: 3.6

calificación de los pediatras: 4.4

calificación de los pacientes: 4.7

calificación de padres/familiares: 4.4

2.2.3. Información ofrecida a los pacientes (accesibilidad y comprensión)

Rumania – La proporción en la calidad de información ofrecida a los pacientes fue calificada con una puntuación de 4.8 por los pacientes, el personal de salud y los padres, mientras que los médicos consideraron que este aspecto podría mejorarse y su puntuación fue un poco mas baja: 4.5.

Los médicos pueden haber considerado que, además de la información proporcionada sobre el paciente y el tratamiento, debería estar disponible otro tipo de información para los pacientes cuando ingresan al hospital: derechos y responsabilidades de los pacientes durante su hospitalización, información sobre qué llevar al hospital para una determinada prueba o como paciente ambulatorio, las horas de visita, acceso a historiales médicos, todo ello fácilmente recordable, con ayuda de folletos y videos en vez de avisos colgados en las paredes del hospital.

calificación de profesionales de salud: 4.8

calificación de los pediatras: 4.5

calificación de los pacientes: 4.8

calificación de padres/familiares: 4.8

Hungría - Los médicos informaron que la mayoría de las veces podrían explicar la información a los pacientes de un modo mas fácil de entender. Las enfermeras, familiares y pacientes parecen confirmar esta opinión, aunque la calificación de los pacientes está por debajo de la clasificación de los otros grupos.

calificación de profesionales de salud: 3.9

calificación de los pediatras: 4.2

calificación de los pacientes: 3.8

calificación de padres/familiares: 4.0

Italia – El promedio de resultados de los profesionales de la salud es de 4,1/5,0, mientras que el resultado de los pediatras es de 4,2. Desde el punto de vista organizativo, el intercambio de información con los padres, familiares y los hijos es un proceso importante de cuidado. El promedio es alto tanto para los profesionales de la salud como para los pediatras en lo que respecta al cuidado y a la atención de los casos. Este es un punto específico de los objetivos internos. La percepción de familiares y pacientes es menor que la de las otras dos categorías, motivada por el tipo de información a la que acceden: ambos desean una información mas útil y efectiva para llevar a cabo las rutinas diarias y un adecuado estilo de vida.

calificación de profesionales de salud: 4.1

calificación de los pediatras: 4.2

calificación de los pacientes: 3.5

calificación de padres/familiares: 3.3

España – El promedio de los resultados del personal de salud es 4.2/5.0 y el de los pediatras es 4.5/5.0. El proceso de información presenta cierta uniformidad para ambos grupos de la muestra, incluso si en el caso de pacientes y familiares es un poco inferior.

calificación de profesionales de salud: 4.2 calificación de los pediatras: 4.5
calificación de los pacientes: 4.0 calificación de padres/familiares: 4.2

Alemania – Para un mejor cumplimiento y resultados médicos, es importante que los pacientes y los padres entiendan la información de los médicos. En pediatría, es esencial que los padres y familiares entiendan los aspectos principales de la enfermedad del niño, los pasos para el diagnóstico y las opciones de tratamiento. En Alemania, los padres piensan que esta información se proporciona de manera excelente por los pediatras (4.9). No se puede explicar por qué los profesionales sanitarios se muestran tan insatisfechos con la información proporcionada (3.3).

calificación de profesionales de salud: 3.3 calificación de los pediatras: 4.4
calificación de los pacientes: 4.5 calificación de padres/familiares: 4.9

2.2.4. Cortesía y respeto

Rumania – Los investigadores han observado que es improbable que los médicos residentes se presenten adecuadamente a los pacientes hospitalizados o se sienten a hablar con ellos, a pesar que la literatura sugiere que la cortesía y los buenos modales mejoran la recuperación médica y la satisfacción del paciente. Un informe publicado en el *Journal of Hospital Medicine*⁴, refleja que unas simples mejoras en la comunicación interna haría que toda la experiencia hospitalaria fuera mejor.

La puntuación sobre la cortesía y el respeto varió entre un 4.8 en el caso de los médicos y el personal de atención médica, un 4.9 en los pacientes pediátricos y un valor máximo en los padres y familiares (5.0).

calificación de profesionales de salud: 4.8 calificación de los pediatras: 4.8
calificación de los pacientes: 4.9 calificación de padres/familiares: 5.0

Hungría - Tanto los médicos como las enfermeras consideran que los médicos casi siempre tratan a sus pacientes con gran respeto. Los pacientes parecen percibir de manera similar el nivel de respeto con el que son tratados, mientras que los padres están un poco menos satisfechos con la cortesía hacia sus hijos. Las puntuaciones en este apartado son especialmente altas, lo que demuestra que el respeto es un valor central para los profesionales de la salud de la muestra.

calificación de profesionales de salud: 4.5 calificación de los pediatras: 4.6
calificación de los pacientes: 4.7 calificación de padres/familiares: 4.3

Italia – El resultado recogido por los pediatras es de 4.5. Cuando se recibe el encargo de un nuevo caso, es importante garantizar cortesía y respeto con los familiares y

⁴ Ausencia regular de cortesía entre los médicos residentes
http://www.hopkinsmedicine.org/news/media/releases/common_courtesy_lacking_among_doctors_in_training

niños, así como con los colegas (profesionales sanitarios y médicos). La cortesía y el respeto son dos elementos clave de las competencias organizativas tanto para los pediatras como para los profesionales de la salud.

La percepción de los pacientes y familiares es menor que para las otras dos categorías debido a la duración del reconocimiento médico: unos escasos minutos no son suficientes para responder a las preguntas de padres y pacientes.

calificación de profesionales de salud: n/a **calificación de los pediatras: 4.5**
calificación de los pacientes: 3,5 **calificación de padres/familiares: 3.4**

España – El promedio de los resultados del personal de salud es 4.3/5.0 y el de los pediatras es 4.8/5.0. Los profesionales sanitarios perciben este aspecto un poco diferente que los médicos, incluso si la diferencia no es consistente, los pacientes y familiares confirman la buena atención de los servicios de atención médica.

calificación de profesionales de salud: 4.3 **calificación de los pediatras: 4.8**
calificación de los pacientes: 4.5 **calificación de padres/familiares: 4.5**

Alemania - Los pacientes y los padres se sienten tratados con gran respeto (4.9 y 4.6) y lo mismo se refleja en la autoestima de los pediatras (4.7). El personal de atención médica, sin embargo, se muestra menos satisfecho (3.9).

calificación de profesionales de salud: 3.9 **calificación de los pediatras: 4.7**
calificación de los pacientes: 4.9 **calificación de padres/familiares: 4.6**

2.2.5. Información sobre el cuidado

Rumania – Tanto los niños como sus padres calificaron la información sobre la atención con un 4.7, mientras que los profesionales sanitarios consideraron que era incluso mejor (4.9) y por parte de los médicos fue máxima (5.0), lo que implica que la información proporcionada es completa y apropiada y corresponde con el grado de comprensión de los pacientes y su tipo de su enfermedad.

calificación de profesionales de salud: 4.9 **calificación de los pediatras: 5.0**
calificación de los pacientes: 4.7 **calificación de padres/familiares: 4.7**

Hungría - Las enfermeras piensan que los médicos la mayoría de las veces mantienen a los pacientes informados sobre el cuidado, mientras que estos creen que lo hacen casi siempre. La opinión de los pacientes se acerca más a la puntuación de los médicos, mientras que los padres están más de acuerdo con la perspectiva de las enfermeras.

calificación de profesionales de salud: 3.7 **calificación de los pediatras: 4.5**
calificación de los pacientes: 4.2 **calificación de padres/familiares: 4.0**

Italia – El promedio de los profesionales sanitarios es de 4,5/5,0, mientras que el de los pediatras es de 4,3. Desde el punto de vista organizativo, el intercambio de información con los padres, familiares y niños es un proceso importante del cuidado. El promedio es alto, tanto por parte de los médicos como de los pediatras, en lo que respecta al objetivo del cuidado y la atención de los casos. Este es un punto específico de los objetivos internos. La percepción de los pacientes y familiares es menor que la de las otras dos categorías y es debido a la duración de los exámenes médicos y al tipo de información: unos minutos no son suficientes para responder a las preguntas de padres y pacientes.

calificación de profesionales de salud: 4.5 calificación de los pediatras: 4.3
calificación de los pacientes: 3.5 calificación de padres/familiares: 3.2

España – El promedio de los resultados de los profesionales de la salud es de 4.4/5.0 y el de los pediatras es de 5.0/5.0. Los profesionales sanitarios perciben que los procesos de información no son completos, mientras que los pediatras son muy conscientes del esfuerzo máximo realizado para informar a los pacientes y sus familias. Estas últimas esperan más información sobre la atención.

calificación de profesionales de salud: 4.4 calificación de los pediatras: 5.0
calificación de los pacientes: 4.3 calificación de padres/familiares: 4.1

Alemania – Los padres y los pacientes están totalmente satisfechos con la información brindada sobre la atención (4.5 y 4.8), mientras que el personal de atención médica ve margen de mejora (3.9)

calificación de profesionales de salud: 3.9 calificación de los pediatras: 4.4
calificación de los pacientes: 4.5 calificación de padres/familiares: 4.8

2.2.6. Información sobre los resultados de las pruebas

Rumania – La puntuación más alta dada por los pediatras en este punto indica que consideran que han dado una cantidad adecuada de información, seguido por los profesionales de la salud y los padres, mientras que los pacientes consideran que este aspecto podría mejorarse.

calificación de profesionales de salud: 4.8 calificación de los pediatras: 5.0
calificación de los pacientes: 4.7 calificación de padres/familiares: 4.8

Hungría - Los pediatras de atención primaria pueden enviar resultados de análisis de sangre, laboratorio y clínicos a los pacientes por correo electrónico explicando los valores que están por encima o por debajo del rango saludable, lo que permite a los pacientes desempeñar un papel más activo en la atención médica.

calificación de profesionales de salud: n/a calificación de los pediatras: 4.3
calificación de los pacientes: 4.0 calificación de padres/familiares: 4.0

Italia - Desde el punto de vista organizativo, el intercambio de información con los padres, familiares y niños es un proceso importante del cuidado. El promedio es alto tanto

por los médicos como por los pediatras. El mayor problema viene de las expectativas de los pacientes y familiares que desean comprender mejor los resultados de las pruebas: con una de gestión del tiempo en situaciones críticas y un número reducido de profesionales ¿cuánto tiempo debe durar una consulta para poder transmitir la información sobre los resultados de una prueba? Para los profesionales sanitarios y los pediatras es de unos minutos mientras que para los padres y familiares esperan al menos 20-30 minutos.

calificación de profesionales de salud: 4.4 calificación de los pediatras: 4.3
calificación de los pacientes: 3.1 calificación de padres/familiares: 3.1

España – La información relativa a las pruebas clínicas refleja una puntuación máxima por los médicos. Su opinión depende de la evaluación efectiva de la información requerida por el paciente para tomar decisiones. Los clínicos son capaces de seleccionar la información que tiene efectos positivos en pacientes y familiares, para quienes la selección de información puede limitar su participación en el proceso de toma de decisiones. La misma visión es compartida por los profesionales de la salud, donde el valor es más alto que el de los pacientes pero inferior al de los clínicos, lo que refleja el nivel de información administrada por cada grupo de la muestra.

calificación de profesionales de salud: 4.5 calificación de los pediatras: 5.0
calificación de los pacientes: 4.2 calificación de padres/familiares: 4.1

Alemania – La información sobre los resultados de las pruebas se califica de manera similar a la información sobre el cuidado. Los profesionales sanitarios no se muestran tan satisfechos (3.5), mientras que los pediatras, los pacientes y los padres sí lo están (4.2-4.5).

calificación de profesionales de salud: 3.5 calificación de los pediatras: 4.2
calificación de los pacientes: 4.6 calificación de padres/familiares: 4.5

2.2.7. Privacidad

Rumania – La privacidad va de la mano de la dignidad y el respeto y puede referirse al silencio, la posibilidad de realizar mínimamente las acciones de higiene (la bandeja de la cama, el inodoro), la eliminación de malos olores. Las condiciones de privacidad en las que los padres pueden jugar con sus hijos mientras que los familiares pueden pasar momentos tranquilos entre ellos, son esenciales.

La privacidad fue percibida de manera diferente por las cuatro categorías de la muestra encuestadas, lo que significa que diferentes personas pueden tener diferentes hábitos de privacidad. Las calificaciones sobre privacidad variaron de un 4,5 para los médicos hasta un 4,6 según los pacientes y los profesionales sanitarios y un 4,7 en opinión de los padres.

calificación de profesionales de salud: 4.6 calificación de los pediatras: 4.5
calificación de los pacientes: 4.6 calificación de padres/familiares: 4.7

Hungría - Todos los grupos encuestados están de acuerdo en que los pacientes casi siempre tienen privacidad cuando tratan temas relacionados con su salud. En la

atención primaria, durante la consulta solo hay un paciente en la habitación. La atención de emergencia, sin embargo, se caracteriza por un menor nivel de privacidad. En la población de la muestra, no había médicos o enfermeras que trabajasen en atención de emergencia.

calificación de profesionales de salud: 4.5 calificación de los pediatras: 4.6
calificación de los pacientes: 4.6 calificación de padres/familiares: 4.3

Italia – Los resultados promedio sobre la asistencia sanitaria son 3.8/5.0 mientras que el de los pediatras es 4.1. La razón de la diferencia entre los cuidadores y los pediatras se motiva por la distribución de las salas y los servicios: no existe una sala específica para la gestión de la privacidad. La percepción de los pacientes y familiares es diferente de la de los profesionales sanitarios y los médicos debido a los aspectos logísticos del entorno hospitalario. La privacidad está estrictamente relacionada con la tipología de habitación y los lugares en los que los médicos comentan la atención y el tratamiento: los hospitales y los servicios territoriales de ASLTO3 tienen un buen nivel de apariencia, pero las instalaciones son muy antiguas y deben actualizarse.

calificación de profesionales de salud: 3.8 calificación de los pediatras: 4.1
calificación de los pacientes: 3.6 calificación de padres/familiares: 3.2

España – El promedio de los resultados de los profesionales de la salud es de 4,1/5,0 y el de los pediatras es de 4,5/5,0. Sobre estos aspectos, los profesionales sanitarios perciben una falta de privacidad en la unidad, una diferencia que podría estar relacionada con su rol en la vida diaria de los pacientes. El profesional sanitario está más en contacto con todos los pacientes y durante un período de tiempo más prolongado, y quizá este factor permite percibir más situaciones en las que no se respeta la privacidad. Los pacientes y familiares tienen la misma percepción sobre la privacidad y muestran una calificación similar confirmando una tendencia uniforme.

calificación de profesionales de salud: 4.1 calificación de los pediatras: 4.5
calificación de los pacientes: 4.3 calificación de padres/familiares: 4.3

Alemania – Los pacientes y los padres piensan que casi siempre tienen privacidad cuando discuten temas relacionados con la salud (4.7 y 4.5). Los cuestionarios no se distribuyeron entre los pacientes que esperaban en la sala de emergencias, donde es más difícil tener privacidad suficiente. Los profesionales sanitarios y los pediatras también conocen la falta de privacidad que a veces se da en situaciones de emergencia y, por lo tanto, las calificaciones pueden ser más bajas (3.5 y 4.0).

calificación de profesionales de salud: 3.4 calificación de los pediatras: 4
calificación de los pacientes: 4.7 calificación de padres/familiares: 4.5

2.2.8. Comunicación escrita

Rumania – La comunicación escrita fue calificada solo con un 4.4 por los pacientes a diferencia de un 4.5 por los doctores, lo cual es un dato crítico; se obtuvo una calificación de 4.8 por parte de los profesionales sanitarios y de 4.5 por los médicos y los padres y

familiares. La calidad de la comunicación escrita oscila, por lo tanto, entre un 4.4 de los pacientes, 4.5 de médicos y padres/familiares a un 4.8 del personal de atención médica.

calificación de profesionales de salud: 4.8 calificación de los pediatras: 4.5
calificación de los pacientes: 4.4 calificación de padres/familiares: 4.5

Hungría - De acuerdo con la legislación vigente en atención primaria, no es obligatorio proporcionar información escrita sobre los síntomas o problemas de los que ocuparse una vez el paciente abandona la consulta del pediatra. El pediatra comunica la información necesaria verbalmente. La información escrita se le da al paciente después de que él/ella deja el hospital.

calificación de profesionales de salud: 4.5 calificación de los pediatras: n/a
calificación de los pacientes: 4.2 calificación de padres/familiares: 4.2

Italia – El resultado promedio por los profesionales de la atención médica es 3.8/5.0 mientras que el de los pediatras es 3.9. Las razones están relacionadas con los procedimientos internos del alta de los pacientes de acuerdo con el proceso continuado del cuidado. El problema es cómo garantizar la continuidad de la información en el sistema de salud entre parientes e hijos, pediatras territoriales y otras instituciones como las escuelas, los servicios municipales, etc. Las percepciones de los pacientes y sus familiares confirman la necesidad de gestionar mejor la continuidad del cuidado.

calificación de profesionales de salud: 3.8 calificación de los pediatras: 3.9
calificación de los pacientes: 3.0 calificación de padres/familiares: 3.2

España – La calificación promedio de los profesionales sanitarios es 4.2/5.0 y la de los pediatras es 4.5/5.0. Los pediatras consideran que la información escrita es algo mejor que lo opinado por los profesionales de la salud, con una diferencia no significativa. La percepción de los familiares sobre este aspecto es menor a un 4.0/5.0 y similar a la de los profesionales sanitarios.

calificación de profesionales de salud: 4.2 calificación de los pediatras: 4.5
calificación de los pacientes: 4.1 calificación de padres/familiares: 3.9

Alemania – Los padres no echan en falta recibir más información escrita mientras que todos los demás grupos consideran que es útil proporcionar y obtener más información escrita.

calificación de profesionales de salud: 3.6 calificación de los pediatras: 3.8
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 4.7

2.2.9. Conclusión – Necesidades de transparencia para los países integrantes del estudio

Necesidades de aprendizaje de transparencia en Rumania

Transparencia	Cuestionario Profesional de la salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	4.6	4.5	4.6	4.7
Implicación de otros médicos	3.3	3.1	4.3	4.3
Quejas de pacientes	4.8	4.9	4.8	4.9
Información a los pacientes	4.8	4.5	4.8	4.8
Cortesía y respeto	4.8	4.8	4.9	5.0
Información sobre el cuidado	4.9	5.0	4.7	4.7
Información sobre resultado de las pruebas	4.8	5.0	4.7	4.8
Privacidad	4.6	4.5	4.6	4.7
Comunicación escrita	4.8	4.5	4.4	4.5

Tabla 6. Resultados de transparencia para Rumania

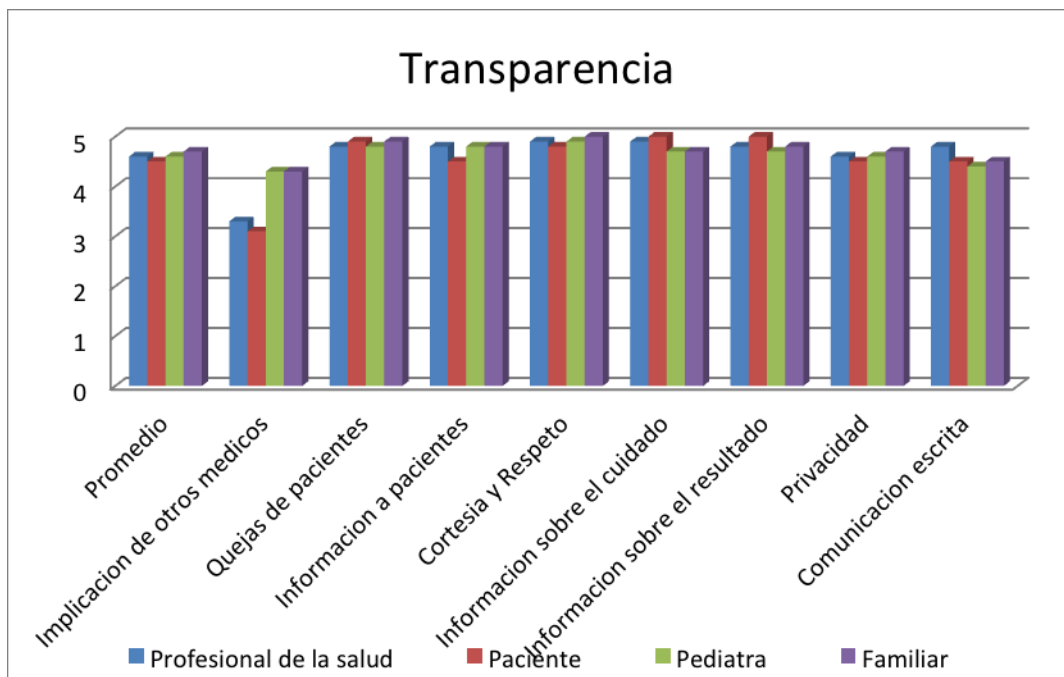


Fig.6 Resultados de transparencia para Rumania

Para optimizar la transparencia, tanto el profesional de la salud como los pacientes consideran que deberían participar otros médicos, ya que este aspecto tiene la puntuación más baja, a pesar de que los pediatras tienen una perspectiva un poco mejor. Los mejores valores de transparencia se obtuvieron en la respuesta a las quejas de los pacientes según lo observado por todos los grupos encuestados, así como sobre la cortesía y el respeto, la información sobre los resultados de las pruebas y respecto a la atención.

Dado que las quejas pueden representar una experiencia estresante que se sobrepone al estado de salud ya disminuido de los niños hospitalizados, la gestión de las quejas sigue siendo un tema central y una necesidad urgente a resolver. Atender las quejas es importante para la mejora de la calidad y, a veces, simplemente requiere la explicación a un malentendido o una disculpa sentida.

A los pacientes pediátricos también les gustaría encontrar más información adaptada a la edad sobre las pruebas, las normas del hospital, de un modo fácil de recordar que puede incluir formas menos convencionales, como folletos y animaciones personalizadas para los niños.

La cortesía y el respeto obtuvieron calificaciones altas, lo que significa que también se espera que los nuevos médicos residentes se presenten adecuadamente a los pacientes hospitalizados o se sienten a hablar con ellos cara a cara, y adapten su actitud a los pacientes pediátricos, del mismo modo que hacen los pediatras experimentados.

La privacidad va de la mano de la dignidad y el respeto y puede hacer referencia al silencio, la posibilidad de realizar bien una mínima higiene (el baño), eliminar malos olores. Las condiciones de privacidad donde los padres pueden jugar con sus hijos mientras que las familias pueden pasar momentos tranquilos entre ellos, son esenciales y pueden mejorarse.

Necesidades de aprendizaje de transparencia en Hungría

Transparencia	Cuestionario Profesional de la salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	4,2	4,2	4,2	4,1
Implicación de otros médicos	3,7	4,2	2,9	3,8
Quejas de pacientes	4,4	4,0	4,4	4,0
Información a los pacientes	3,9	3,8	4,2	4,0
Cortesía y respeto	4,5	4,7	4,6	4,3
Información sobre el cuidado	3,7	4,2	4,5	4,0
Información sobre resultado de las pruebas	n/a	4,0	4,3	4,0
Privacidad	4,5	4,6	4,6	4,3
Comunicación escrita	4,5	4,2	n/a	4,2

Tabla 7. Resultados de transparencia para Hungría

En **Hungría**, los profesionales sanitarios, los pediatras, familiares y pacientes dieron una calificación promedio muy similar para la transparencia. Los grupos encuestados mostraron el nivel más alto de satisfacción general en esta categoría.

Las calificaciones promedio más altas para la transparencia se obtuvieron en *cortesía, respeto y privacidad*. Los profesionales de la salud, familiares y pediatras están de acuerdo en que involucrar a otros médicos mejoraría la calidad de la atención médica. La evidencia de los resultados refleja que los niños apreciarían mayores explicaciones adaptadas a su edad sobre sus condiciones, la causa de su enfermedad y los posibles tratamientos. Proporcionar a los niños información comprensible fomenta su implicación y hace que los pacientes más jóvenes confíen también más en los médicos y en los profesionales sanitarios.

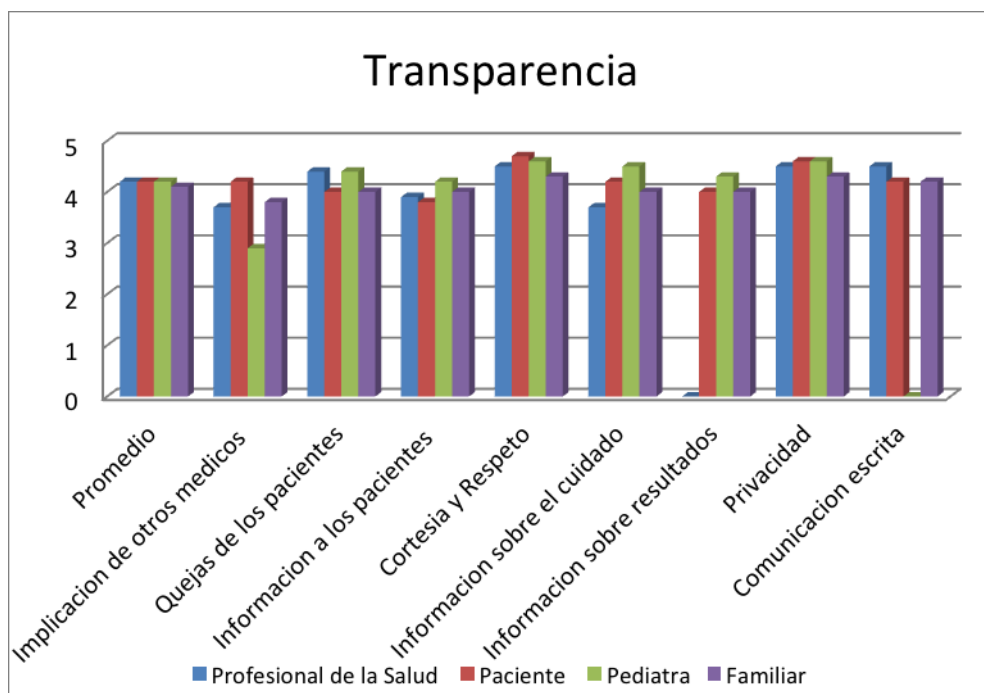


Fig.7 Resultados de transparencia para Hungría

Necesidades de aprendizaje de transparencia en Italia

Los resultados para la transparencia en **Italia** muestran que la percepción de los pacientes y familiares es mas baja que la de los médicos y pediatras. Esto es debido a la responsabilidad de los objetivos del cuidado como equipo medico, y no siempre puede garantizarse por problemas organizativos: logopeda, psicólogo, pediatras que trabajan para servicios regionales que no pertenecen al Servicio de Neuropsiquiatría y Unidades Pediátricas. La puntuación más baja para la transparencia es de 3, en concreto en la *comunicación escrita*: esta percepción confirma la dificultad de la continuidad en la gestión del cuidado. Se debe garantizar la continuidad de la información entre las miembros

integrantes del sistema de salud, familiares e hijos, pediatras territoriales y otras instituciones como escuelas, servicios comunitarios, etc.

La *información a los pacientes* y la *información sobre el cuidado* obtuvieron puntuaciones altas en los cuestionarios de médicos y pediatras. Desde el punto de vista organizativo, compartir información con los padres, familiares y niños es un proceso importante del cuidado. El objetivo del cuidado y hacerse cargo del caso son puntos específicos de la misión interna de ASL TO3. La percepción de familiares y pacientes es inferior a la de las otras dos categorías motivada por el tipo de información a la que acceden: desean una información útil y efectiva para llevar a cabo las rutinas diarias y un adecuado estilo de vida, y los médicos deben conocer esta expectativa.

Transparencia	Cuestionario Profesional de la salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	4,1	3,3	4,1	3,3
Implicación de otros médicos	3,9	3,1	3,7	3,3
Quejas de pacientes	3,9	3,1	4	3,2
Información a los pacientes	4,1	3,5	4,2	3,3
Cortesía y respeto	4,5	3,5	4,5	3,4
Información sobre el cuidado	4,5	3,5	4,3	3,2
Información sobre resultado de las pruebas	3,4	3,1	4,3	3,1
Privacidad	3,8	3,6	4,1	3,2
Comunicación escrita	3,8	3	3,9	3,2

Tabla 8. Resultados de transparencia en Italia

La percepción de los pacientes y familiares sobre *la atención a las quejas de los pacientes* es mas baja que la de los médicos y los pediatras, probablemente porque sus respuestas son diferentes de las que esperan los familiares y los pacientes.

Al encargarse de un caso, es importante garantizar *cortesía* y *respeto* con los familiares e hijos, y con los colegas de trabajo (profesionales sanitarios y médicos). La duración del examen médico determina la percepción de la *cortesía* y *el respeto* de los pacientes. Este aspecto debe revisarse a fin de mejorar las competencias de los médicos y los profesionales de la salud que podrían ayudar a responder las preguntas de manera apropiada y mas breve.

También los aspectos logísticos del entorno hospitalario son importantes en la transparencia: la *privacidad* está claramente relacionada con la tipología de habitación y los lugares donde los médicos comentan aspectos del cuidado y el tratamiento, las instalaciones de ASLTO3 son muy antiguas y necesitan ser actualizados y los familiares lo reflejan.

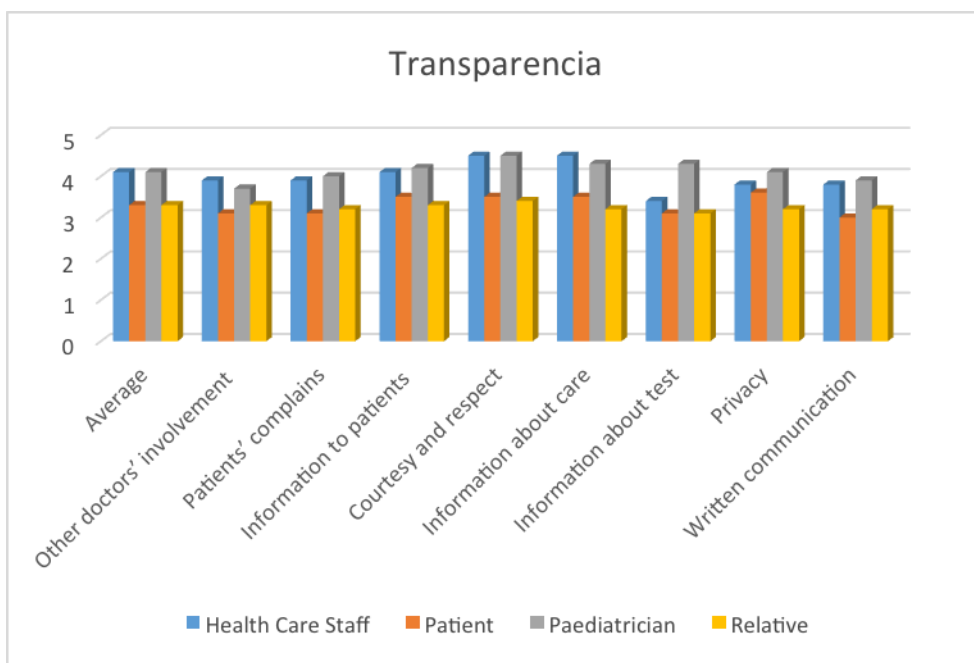


Fig.8 Resultados de transparencia en Italia

Necesidades de aprendizaje de transparencia en España

En **España**, la evaluación global del proceso de información es positiva y esta siempre por encima del 4.0. Estos buenos resultados se corresponden con los valores legales, éticos y deontológicos del consentimiento informado que existe en los servicios de salud españoles desde principios de los años noventa. La percepción de los clínicos relacionada con este punto es siempre ligeramente mejor que la de los otros grupos de muestra.

El único aspecto sorprendente es el intercambio de información entre los médicos de diferentes especialidades. La comunicación entre profesionales es un aspecto que requiere mejoras, las competencias transversales de los médicos deben estar orientadas a mejorar la comunicación dentro del equipo de atención médica.

Transparencia	Cuestionario Profesional de la salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Peditra	Cuestionario Familiares
Promedio	4,2	4,1	4,5	4,1
Implicación de otros médicos	3,7	3,5	3,1	3,6
Quejas de pacientes	4,3	4,0	4,9	4,0
Información a los pacientes	4,2	4,0	4,5	4,2

Cortesía y respeto	4,6	4,5	4,8	4,5
Información sobre el cuidado	4,4	4,3	5,0	4,1
Información sobre resultado de las pruebas	4,5	4,2	5,0	4,1
Privacidad	4,1	4,3	4,5	4,3
Comunicación escrita	4,2	4,1	4,5	3,9

Tabla 9. Resultados de transparencia para España

Todos los demás aspectos relacionados con los procesos de información reflejan un alto grado de satisfacción en todos los grupos de la muestra, aunque se recoge un resultado mas bajo en las percepciones de los padres con respecto a la comunicación escrita. Esto refleja la necesidad de un consentimiento informado más centrado en la persona, ya que la mejora de los contenidos del consentimiento informado y el incremento de la información escrita es considerada por los familiares como una fuente de satisfacción.

En conclusión, este dato repite el primer resultado sobre la comunicación: aunque las percepciones sobre la transparencia son muy positivas, existe una diferencia entre la evaluación de los médicos y otros agentes involucrados en el escenario pediátrico. La necesidad de reorientar el equipo de atención en pediatría surge de la colaboración con las otras áreas clínicas y especialistas y se extiende a todo el personal y usuarios.

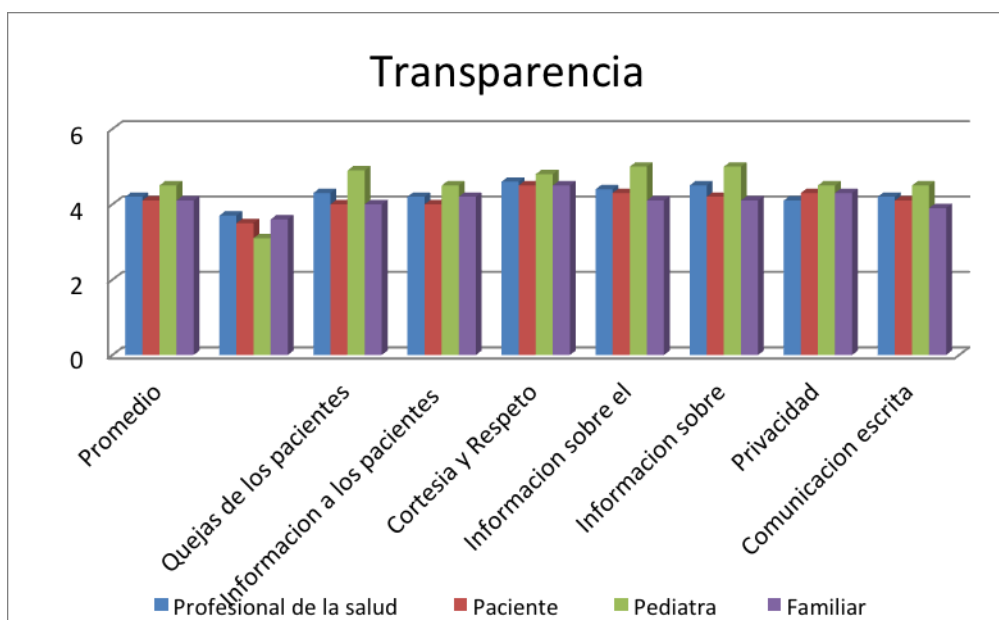


Fig.9 Resultados de transparencia para España

Necesidades de aprendizaje de transparencia en Alemania

En **Alemania**, los pacientes, padres y pediatras dieron una calificación promedio muy similar y muy buena para la transparencia (4.2-4.6). Sorprende, sin embargo, que la calificación de los profesionales de la salud sea mucho más baja. Una explicación posible podría ser que la mayoría de las enfermeras que participan en la encuesta trabajan en planta, mientras que a los pacientes se les ha preguntado principalmente en un entorno donde el equipo médico tiene más tiempo para proporcionar información a pacientes y padres. También puede haber una falta de privacidad entre los pacientes que comparten la habitación con otros pacientes.

Transparencia	Cuestionario Profesional de la salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	3,6	4,5	4,2	4,6
Implicación de otros médicos	3,7	4,4	4,2	4,2
Quejas de los pacientes	3,6	4,7	4,4	4,4
Información a los pacientes	3,3	4,5	4,4	4,9
Cortesía y respeto	3,9	4,9	4,7	4,6
Información sobre el cuidado	3,9	4,5	4,4	4,8
Información sobre resultado de las pruebas	3,5	4,6	4,2	4,5
Privacidad	3,4	4,7	4,0	4,5
Comunicación escrita	3,6	3,9	3,8	4,7

Tabla 10. Resultados de transparencia para Alemania

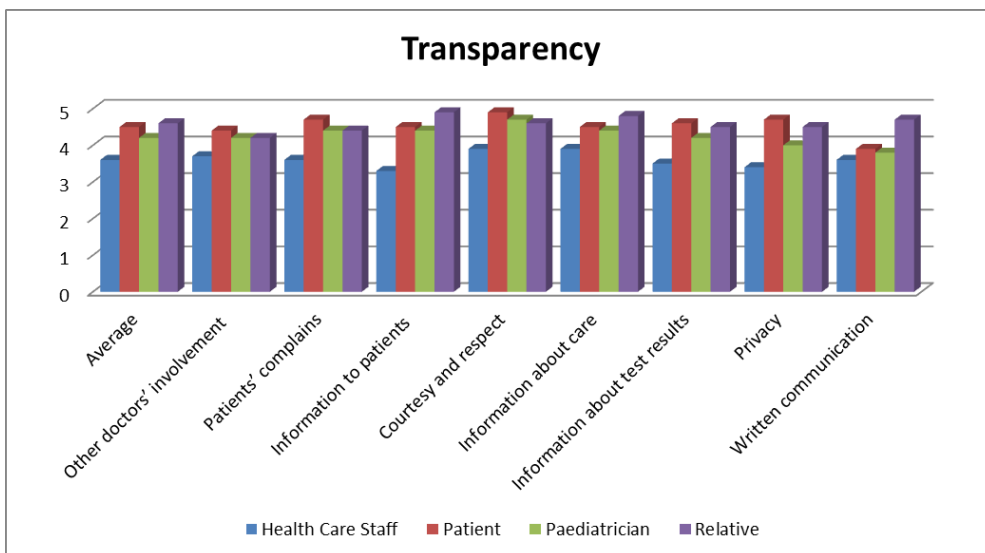


Fig. 10. Resultados de transparencia para Alemania

2.3. ENTORNO HOSPITALARIO (HE)

El ambiente y las comodidades del hospital deberían ayudar a los niños a tener una experiencia hospitalaria positiva -una prolongación de su hogar, reducir sus temores y aumentar la sensación de seguridad y bienestar.

Un entorno hospitalario inadecuado puede causar una baja calidad del servicio médico en las unidades pediátricas, aspecto que es crucial para el bienestar de los niños y sus familias en el hospital.

Estudios británicos⁵⁶ han explorado la perspectiva del paciente pediátrico en el entorno hospitalario con metodología cuantitativa y cualitativa, y han identificado diversas necesidades de los pacientes: espacio personal, ambiente acogedor, entorno protector, buen diseño espacial, accesibilidad a las áreas externas e instalaciones para la diversión y el esparcimiento. Las respuestas sugieren que las actitudes y percepciones del paciente sobre el entorno de las instalaciones hospitalarias se relacionan con si el hospital ofrece un espacio acogedor para ellos y sus familiares, lo cual promueve la salud y el bienestar. Los pacientes perciben que los entornos hospitalarios sostenibles favorecen su salud y recuperación. Mejorar la apariencia y la comodidad del hospital ciertamente aumentará la percepción de la calidad de los servicios médicos.

La siguiente sección muestra los resultados de una encuesta sobre el entorno hospitalario entre pediatras, profesionales sanitarios, pacientes y familiares en Rumanía, Hungría, Italia, España y Alemania, con respecto a la apariencia y comodidad del hospital.

⁵ Douglas CH, Douglas MR. *Health Expect. Patient-centred improvements in health-care built environments: perspectives and design indicators*, 2005 Sep; 8(3):264-76.

⁶ Douglas CH, Douglas MR. *Health Expect., Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective*, 2004 Mar; 7(1):61-73

2.3.1 Apariencia del hospital

Rumania – La apariencia del hospital evidencia ciertos problemas relacionados con el aspecto y las instalaciones disponibles, teniendo en cuenta que se trata de un hospital público. Los pacientes evaluaron la apariencia del hospital con un 3,9, los profesionales de la salud con un 3,7, los padres/familiares con 3,6 y los médicos ofrecieron el valor más bajo: 3,3, siendo sus expectativas las más altas en lo que respecta a la apariencia del hospital.

El promedio en los profesionales sanitarios para el entorno hospitalario fue idéntico al de los niños: es decir, 3,7, mientras que el valor de los padres/familiares estaba en un punto intermedio: 3,6, más alto que el de los médicos, pero menor que el de sus hijos.

calificación de profesionales de salud: 3.7 calificación de los pediatras: 3.3
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 3.6

Hungría – La calificación promedio de las enfermeras sobre la apariencia del hospital es de "muy satisfactoria", mientras que los padres, los pacientes y los médicos solo están "satisfechos". Aunque no se necesitan instrumentos quirúrgicos en la consulta de atención primaria, los médicos pueden mostrarse insatisfechos por una iluminación deficiente, una conexión a Internet lenta o los muebles desgastados. La atención primaria es financiada por los gobiernos locales. En la mayoría de los casos, el dinero disponible para la atención médica no es suficiente para llevar a cabo además las renovaciones necesarias.

calificación de profesionales de salud: 3.9 calificación de los pediatras: 3.2
calificación de los pacientes: 3.0 calificación de padres/familiares: 3.3

Italia – El promedio de resultados de los profesionales de la salud es de 2,4, mientras que el resultado de los pediatras es de 2,7, siendo ambos más bajos que los valores de los pacientes y los padres. Estos resultados muestran que la atención médica y el personal médico necesitan mejorar la apariencia del hospital, probablemente porque se sienten responsables de la hospitalización de los niños. Los hospitales de Rivoli y Pinerolo son antiguos según un modelo anterior de organización sanitaria. Como organización pública territorial, los servicios pediátricos se encuentran en todo el área local. El problema principal está relacionado con el impacto del territorio, que es muy extendido y los procedimientos de intercambio de información son difíciles.

Como institución pública, en ASL TO3 los fondos se asignan generalmente a la calidad de los servicios médicos en vez de a las instalaciones; sin embargo, los profesionales médicos sabe que las instalaciones son fundamentales para optimizar la calidad de los servicios médicos.

calificación de profesionales de salud: 2.4 calificación de los pediatras: 2.7
calificación de los pacientes: 3.6 calificación de padres/familiares: 3.6

España – El promedio de resultados de los profesionales sanitarios es 3.3/5.0 y el de los pediatras es 3.3/5.0. La percepción de ambos grupos es la misma y el valor promedio es extremadamente bajo en comparación con otros elementos explorados por la encuesta. Las percepciones de pacientes y familiares son mejores que las de los profesionales de la salud .

calificación de profesionales de salud: 3.3 **calificación de los pediatras: 3.3**
calificación de los pacientes: 3.7 **calificación de padres/familiares: 3.6**

Alemania – En comparación con otros aspectos explorados por la encuesta, la calificación de la apariencia del hospital es baja y hay margen de mejora. El hospital Universitario Infantil de Múnich se encuentra en el centro de la ciudad, cuenta con una excelente conexión de transporte, pero varias instalaciones necesitan una reforma.

calificación de profesionales de salud: 3.1 **calificación de los pediatras: 3.5**
calificación de los pacientes: 3.8 **calificación de padres/familiares: 3.9**

2.3.2 Comodidad del hospital

Rumania - Las comodidades del hospital pueden incluir diversas instalaciones que se ofrecen, como Wi-Fi gratis, lavandería, almacenes de carritos y sillas sobre ruedas, juegos: Medbuddies (= un programa que combina un voluntario médico o estudiante de enfermería con un paciente hospitalizado), centros de actividades (= zonas libres de normativas de procedimientos internos para realizar celebraciones, artes, manualidades, música, juegos que se ajustan a las necesidades de desarrollo del niño), música junto a la cama, etc.

Es significativo que los pacientes evaluaron la comodidad hospitalaria con un 3,6, más alta que la de los médicos, que fue la más baja, es decir, 3,2, lo que subraya la insatisfacción de los pediatras con las comodidades hospitalarias y su deseo de mejora. El personal sanitario y los padres/familiares ofrecieron una puntuación similar, es decir 3.6.

El promedio general de los niños para el entorno hospitalario fue de 3.8, el más bajo de todos los aspectos estudiados, lo que se explica por el tipo de hospital, una institución pública infrafinanciada, donde la calidad de los servicios médicos es superior a la de las instalaciones, que necesitan una mejora futura.

El valor promedio de los médicos para el entorno hospitalario fue aún menor, es decir 3.3. Los pediatras estaban insatisfechos con las condiciones hospitalarias de los niños ya que son ellos los que se sienten responsables de su hospitalización, un aspecto que creen poder compensar de alguna manera a través de la actitud, el enfoque, o las competencias personales.

calificación de profesionales de salud: 3.6 **calificación de los pediatras: 3.2**
calificación de los pacientes: 3.6 **calificación de padres/familiares: 3.6**

Hungría - Las enfermeras y los pacientes calificaron la comodidad del hospital (ubicación, estacionamiento, horas, diseño de la consulta) por encima del promedio, indicando que están "muy satisfechos". Los médicos y los pacientes están "satisfechos", pero aún así la calificación está por debajo del promedio. La baja calificación puede atribuirse a la falta de lugares de estacionamiento privado de las consultas de PCP. Es especialmente difícil encontrar un lugar de estacionamiento en el distrito 13, donde trabajan los profesionales de la salud entrevistados.

calificación de profesionales de salud: 3.6 **calificación de los pediatras: 2.9**
calificación de los pacientes: 3.8 **calificación de padres/familiares: 3.4**

Italia – El promedio de resultados de los profesionales de la salud es de 3.1, mientras que el resultado de los pediatras es de 2,9. Sus resultados son más bajos que los valores de los pacientes y de los padres, al igual que en el dato sobre la apariencia del Hospital. En particular, el promedio de los pediatras es el más bajo. La percepción de los pacientes y familiares es diferente de las otras dos categorías porque, tal vez, no saben cuáles son exactamente los estándares de calidad del entorno en los servicios hospitalarios y territoriales.

calificación de profesionales de salud: 3.1 calificación de los pediatras: 2.9
calificación de los pacientes: 3.4 calificación de padres/familiares: 3.6

España – El promedio de resultados del personal de atención médica es 3.1/5.0 y el de los pediatras es 3.2/5.0. La diferencia entre los grupos no es significativa y el promedio es bajo en comparación con otros aspectos. Los pacientes y los familiares muestran un pequeño aumento, incluso aunque no sea significativa en comparación con la percepción general.

calificación de profesionales de salud: 3.1 calificación de los pediatras: 3.2
calificación de los pacientes: 3.4 calificación de padres/familiares: 3.4

Alemania – Como se mencionó anteriormente, el hospital universitario es un edificio antiguo, y especialmente las habitaciones de los pacientes necesitan una reforma. Por lo tanto, no es sorprendente que la puntuación general sobre la comodidad hospitalaria sea baja.

calificación de profesionales de salud: 2.7 calificación de los pediatras: 2.6
calificación de los pacientes: 2.5 calificación de padres/familiares: 3.1

2.3.3 Conclusiones – Necesidades de entorno hospitalario en cada país

Necesidades de aprendizaje del entorno hospitalario en Rumania

Entorno hospitalario	Cuestionario Profesionales de la salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	3.7	3.8	3.3	3.6
Aspecto del hospital	3.7	3.9	3.3	3.6
Comodidad del hospital	3.6	3.6	3.2	3.6

Tabla 11. Resultados de entorno hospitalario en Rumania

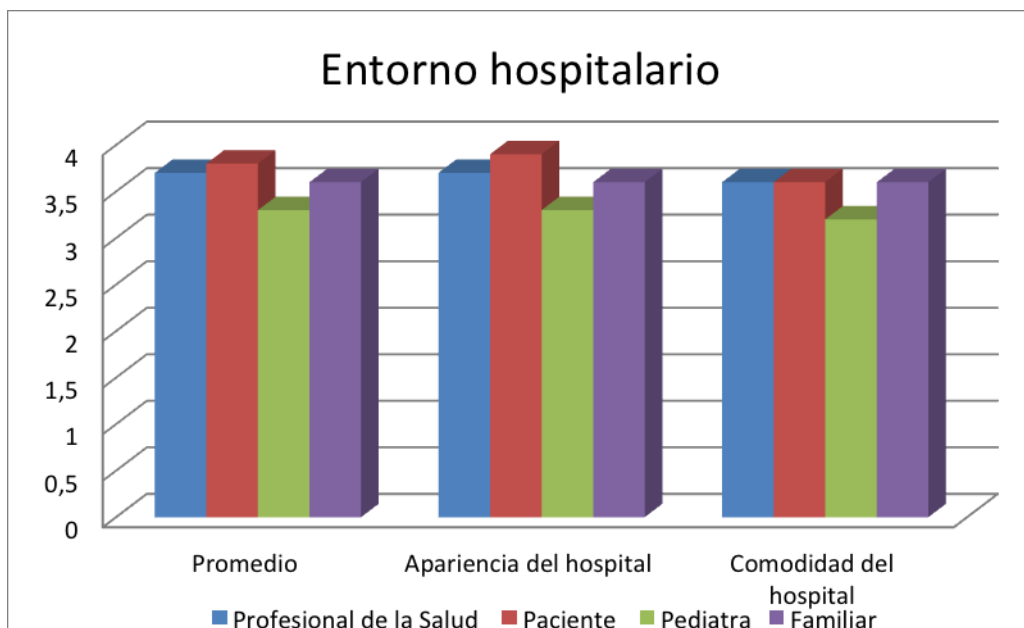


Fig.11. Resultados de entorno hospitalario en Rumania

En **Rumania**, los pediatras tienen unas expectativas más altas con respecto a la apariencia del hospital y las comodidades que ofrecen a los pacientes y consideran que deberían mejorarse. Las comodidades hospitalarias en la literatura incluyen, entre otros, lavandería gratuita, juegos, servicios de voluntariado, Wi-fi gratuito, zonas de juegos (música, pintura, manualidades para los niños), etc. Si ciertos aspectos no pueden mejorarse fácilmente en un hospital público, es posible que la actitud, las competencias y la participación puedan compensar la falta de instalaciones modernas.

Necesidades de aprendizaje de entorno hospitalario en Hungría

Entorno hospitalario	Cuestionario Profesionales de la salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Peditra	Cuestionario Familiares
Promedio	3.8	3.4	3.0	3.4
Aspecto del hospital	3.9	3.0	3.2	3.3
Comodidad del hospital	3.6	3.8	2.9	3.4

Tabla 12. Resultados de entorno hospitalario para Hungría

En **Hungría**, la calificación más baja fue para el entorno hospitalario. Los pediatras fueron el grupo menos satisfecho con respecto a la apariencia y las comodidades del hospital. Muchos pacientes expresaron su decepción por la apariencia del hospital,

mientras que los pediatras tenían las más altas expectativas con respecto a las comodidades de las instalaciones medicas.

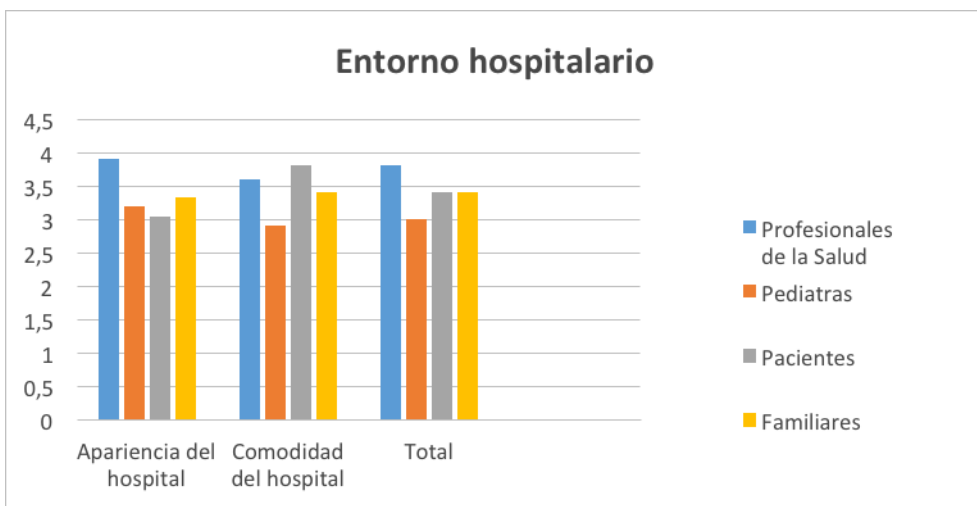


Fig. 12 Resultados de entorno hospitalario en Hungría

El entorno hospitalario es un aspecto con considerables necesidades insatisfechas en las regiones de Hungría. Los médicos son los más insatisfechos con la comodidad del hospital o, en nuestro caso, la consulta de pediatría. Uno de los principales problemas en el distrito 13 es el estacionamiento. En muchos edificios de atención médica y en los hospitales estacionar es realmente una gran dificultad para recibir atención medica. Estas son también las preocupaciones más comunes de los usuarios de hospitales en otros países.

Necesidades de aprendizaje de entorno hospitalario en Italia

Las necesidades **italianas** sobre el entorno hospitalario vienen marcadas por la vasta extensión del territorio y la dificultad para garantizar una información adecuada sobre el intercambio de procedimientos. Tanto los médicos como los pacientes desean que se optimice la apariencia del hospital.

El promedio más bajo corresponde a los profesionales de la salud, que desean un mejor entorno hospitalario para que puedan trabajar de manera adecuada.

Entorno hospitalario	Cuestionario Profesionales de la salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	2,6	3	3.3	3.6
Aspecto del hospital	2,7	2,9	3.3	3.6
Comodidad del hospital	2,4	3,1	3.2	3.6

Tabla 13. Entorno hospitalario en Italia

La percepción de los profesionales de la salud y los pediatras sobre la comodidad hospitalaria es diferente porque, como profesionales médicos, sí saben cuáles son exactamente los estándares de calidad ambiental en los servicios hospitalarios y territoriales.

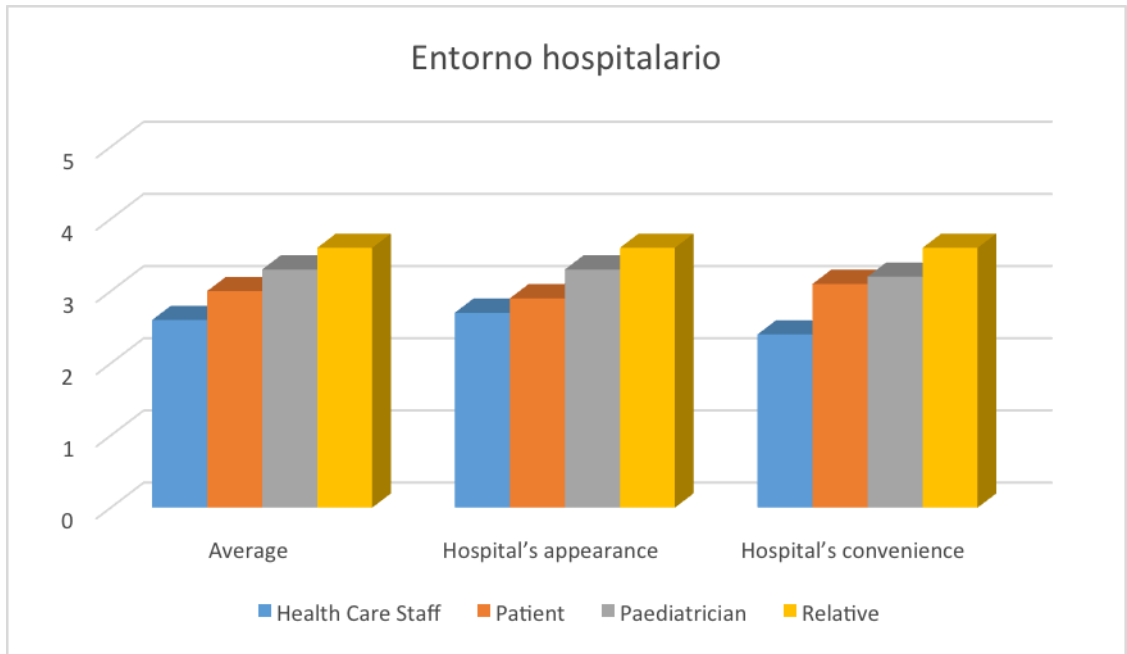


Fig.13 Resultados de entorno hospitalario en Italia

Necesidades de aprendizaje del entorno hospitalario en España

Las instalaciones de atención médica no son el dato mejor valorado de nuestra encuesta. Las críticas relacionadas con la infraestructura y la organización del sistema de atención médica en pediatría son compartidas por todos los grupos de la muestra y refleja una de las peores evaluaciones de toda la encuesta. Todos los agentes involucrados en la asistencia médica reclaman un tratamiento específico en pediatría.

Entorno hospitalario	Cuestionario Profesionales de la salud	Cuestionario Pacientes	Cuestionario Pediatras	Cuestionario Familiares
Promedio	3,2	3,6	3,3	3,5
Aspecto del hospital	3,3	3,7	3,3	3,6
Comodidad del hospital	3,1	3,4	3,2	3,4

Tabla 14. Resultados de entorno hospitalario en España

Los usuarios muestran una mayor satisfacción que los proveedores por la apariencia del hospital. Estos datos muestran que se han realizado algunos esfuerzos en España para mejorar el entorno para los pacientes, aunque se debería hacer aun más, en opinión de los profesionales de la salud. La percepción relacionada con la comodidad es ligeramente mas baja que la relacionada con la apariencia de los servicios.

En conclusión, la reorganización del espacio puede ser otro aspecto a mejorar: creando áreas apropiadas que respondan a las necesidades de los pacientes y familiares, es probable que los resultados terapéuticos también mejoren. El mapeo de las necesidades de los pacientes y la personalización de las respuestas en términos de espacio y tiempo es otra competencia requerida por el personal de atención médica que trabaja en pediatría.

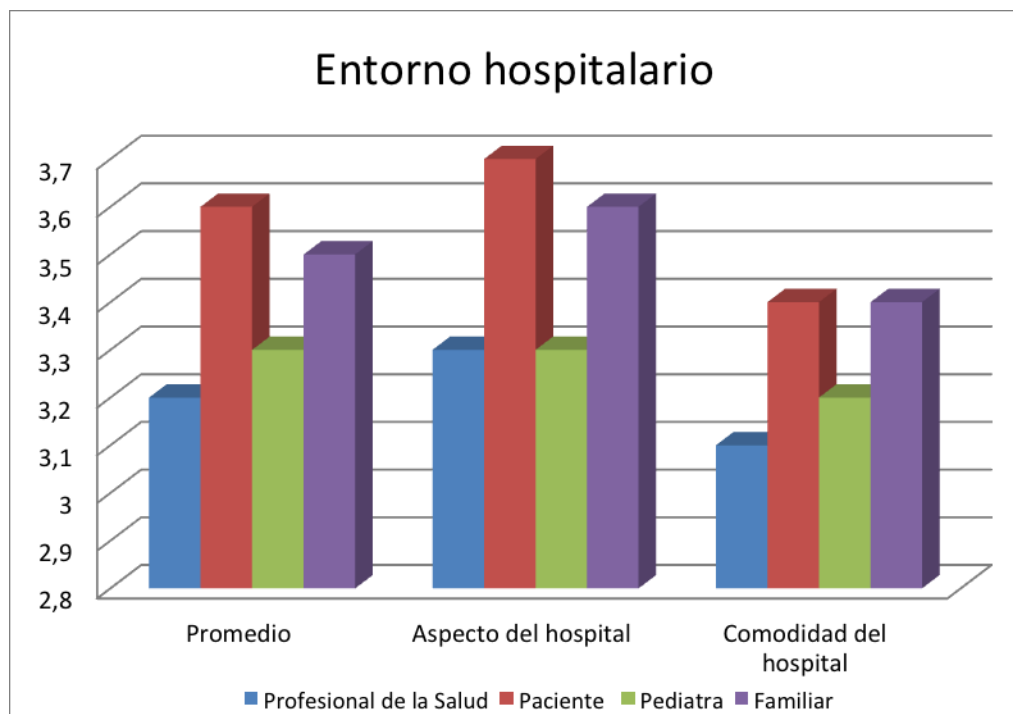


Fig.14 Resultados de entorno hospitalario en España

Necesidades de aprendizaje sobre el entorno hospitalario en Alemania

La apariencia y comodidad del hospital podrían mejorarse. Este resultado no es ninguna sorpresa –el hospital se fundó en 1846 y algunas secciones del primer edificio están aún en uso–. Especialmente las habitaciones de los pacientes necesitan ser reformadas y no cubren las expectativas de los pacientes ni de sus padres.

Entorno hospitalario	Cuestionario personal de salud	Cuestionario pacientes	Cuestionario pediatras	Cuestionario familiares
----------------------	--------------------------------	------------------------	------------------------	-------------------------

Promedio	2,9	3,2	3,1	3,5
Aspecto del hospital	3,1	3,8	3,5	3,9
Comodidad del hospital	2,7	2,5	2,6	3,1

Tabla 15. Resultados de entorno hospitalario en Alemania

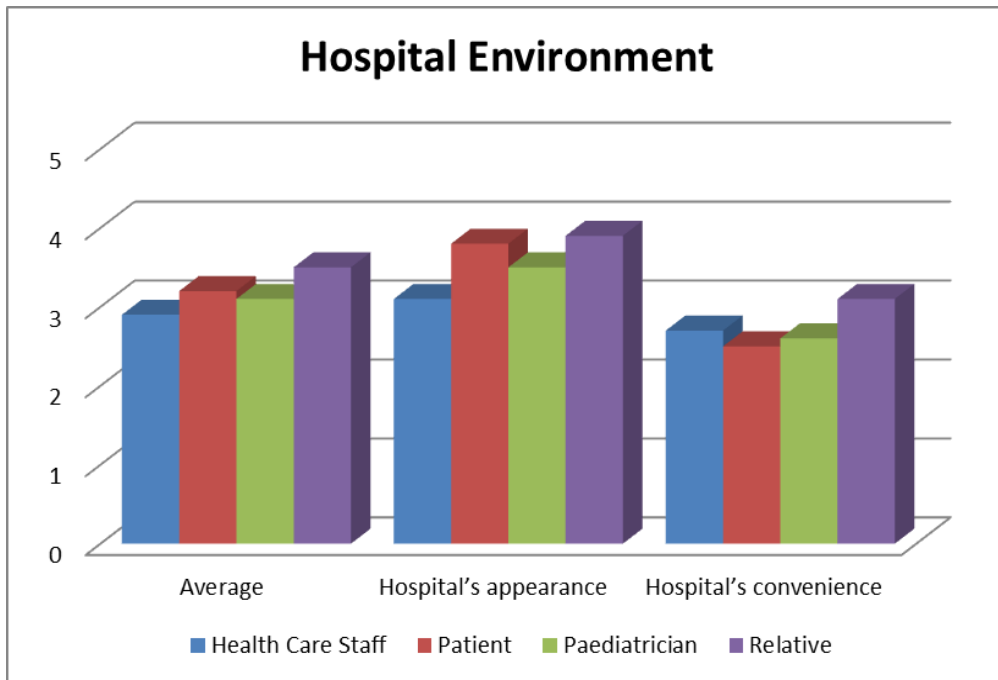


Fig. 15. Resultados de entorno hospitalario en Alemania

2.4 ASPECTOS INTERCULTURALES (II)

Las unidades pediátricas, al igual que otras instituciones, son lugares donde los pacientes de diversos orígenes culturales interactúan entre sí. La conciencia de las diferencias culturales, la sensibilidad a la comunicación intercultural y la necesidad de superar las barreras de comunicación intercultural, son esenciales en la atención médica pediátrica. Los procesos de toma de decisiones en pediatría son complejos y deben considerar varios aspectos de la atención no relacionados estrictamente con los hechos clínicos.

Tener en cuenta las evidencias clínicas y las circunstancias del paciente es un aspecto fundamental de la atención, pero al mismo tiempo, asignarle un papel preciso al trasfondo cultural y al sistema de valores relacionados es extremadamente importante para evitar el conflicto entre los pacientes y los proveedores de salud. La religión, la cultura y las circunstancias socioeconómicas pueden representar un obstáculo para comprender y compartir la estrategia terapéutica y tomar decisiones importantes.

La detección de valores culturales y la gestión de conflictos como consecuencia de la diversidad cultural es uno de los aspectos más importantes de la comunicación en pediatría, especialmente por la vulnerabilidad de los pacientes y familiares que se enfrentan a una enfermedad. Uno de los riesgos del sistema de salud occidental es la aplicación de un estándar único en materia de aspectos legales, éticos y deontológicos que caracterizan el marco normativo que regula la relación médico-paciente. Las sociedades democráticas y plurales están constituidas por una pluralidad de sistemas de valores, en los que las diferencias tienen un gran impacto en la atención de la salud. Por esa razón, desarrollar competencias transversales adecuadas a los desafíos de las sociedades modernas y multiétnicas es una preocupación muy importante.

2.4.1 Comportamiento hacia los pacientes (tratamiento)

Rumania – La calificación promedio en Rumanía sobre temas culturales es extremadamente positiva, todos los grupos comparten una percepción positiva sobre este tema, y en consecuencia es interesante la falta de diferencias entre proveedores y usuarios, todas las calificaciones están muy cerca del valor máximo.

calificación de profesionales de salud: 4.9 calificación de los pediatras: 5.0
calificación de los pacientes: 4.9 calificación de padres/familiares: 4.9

Hungría – El valor promedio húngaro relacionado con este elemento identifica una diferencia consistente entre los usuarios y los proveedores, especialmente entre los médicos. Este aspecto indica una clara incomodidad entre los pediatras para asumir la responsabilidad del tratamiento sin una comunicación satisfactoria con el paciente debido a las diferencias interculturales. Los usuarios muestran una mayor satisfacción en relación con este aspecto, incluso si su percepción no es completamente satisfactoria.

calificación de profesionales de salud: 3.6 calificación de los pediatras: 2.7
calificación de los pacientes: 4.2 calificación de padres/familiares: 4.2

Italia – La calificación promedio de los profesionales de la salud es de 2,7/5,0, mientras que la de los pediatras es de 1,9. El objetivo del servicio es dar atención médica a los niños y sus padres/familiares, y gestionar y salvaguardar la salud de los niños. Los profesionales sanitarios y los pediatras están involucrados en el proceso de atención médica, pero les gustaría llegar a "hacer todo". El número de profesionales sanitarios y pediatras es muy bajo a causa de la crisis económica en Italia: no se han contratado nuevos trabajadores por ASLTo3 debido a "Piano di Rientro" del Ministerio de Salud.

calificación de profesionales de salud: 2.7 calificación de los pediatras: 1.9
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 3.4

España – El promedio de resultados del personal sanitario es de 3.5/5.0 y el de los pediatras de 5.0/5.0. La diferencia entre los grupos es consistente; los médicos tienen

una mejor percepción sobre su comportamiento hacia los pacientes, mostrando una actitud absolutamente adecuada. El personal sanitario no está de acuerdo con esta percepción. Con respecto al tratamiento, las percepciones de los pacientes y familiares son diferentes a las de los profesionales de la salud, pero esta diferencia no es significativa; es interesante observar la concordancia entre el personal de atención médica y los familiares.

calificación de profesionales de salud: 3.5 **calificación de los pediatras: 5.0**
calificación de los pacientes: 4.0 **calificación de padres/familiares: 3.9**

Alemania – En Alemania todos los grupos comparten una percepción positiva sobre el aspecto intercultural. Los pediatras piensan que actúan de forma absolutamente profesional con sus pacientes (5.0).

calificación de profesionales de salud: 4.5 **calificación de los pediatras: 4.6**
calificación de los pacientes: 4.9 **calificación de padres/familiares: 4.8**

2.4.2 Comportamiento hacia los pacientes (acción)

Rumania – Sobre este punto, tenemos una confirmación del resultado anterior, una percepción común sobre el efecto de los aspectos culturales, una puntuación muy alta, ligeramente diferente a la anterior, relacionada con el tratamiento. Esta diferencia no es significativa en comparación con la evaluación global de los datos rumanos.

calificación de profesionales de salud: 4.8 **calificación de los pediatras: 4.8**
calificación de los pacientes: 4.9 **calificación de padres/familiares: 4.8**

Hungría – La evaluación sobre la gestión de los problemas interculturales es positiva: la toma de decisiones relacionadas con el enfoque terapéutico destaca una mejor participación de los profesionales de la salud en la atención a los valores culturales y los deseos de los pacientes. Entre los médicos, los datos de pacientes y familiares son homogéneos, una diferencia significativa caracteriza la percepción del personal de atención médica, con casi un punto de diferencia.

calificación de profesionales de salud: 3.8 **calificación de los pediatras: 4.6**
calificación de los pacientes: 4.5 **calificación de padres/familiares: 4.4**

Italia – El promedio de los resultados de los profesionales de la salud es de 3.7/5.0, mientras que el resultado de los pediatras es de 3.6. La percepción de los pacientes y familiares es menor que las otras dos categorías, motivado por la duración del examen médico y el tipo de información: unos pocos minutos no son suficientes para responder a las preguntas de los padres y los pacientes.

calificación de profesionales de salud: 3.7 **calificación de los pediatras: 3.6**
calificación de los pacientes: 3.1 **calificación de padres/familiares: 2.9**

España – El promedio de los resultados del personal sanitario es de 4,1/5,0 y el de los pediatras es de 4,8/5,0. La percepción de ambos grupos es similar y muy positiva, ya que los pediatras tienen una mayor conciencia sobre su buena relación con los pacientes.

La percepción de los pacientes y familiares es marcadamente diferente entre los usuarios y los proveedores, pues, quizá los profesionales de la salud no conocen el efecto de la cultura y las tradiciones sobre la comunicación. Este aspecto es realmente importante para elaborar nuevas herramientas para detectar la falta de satisfacción relacionada con los problemas culturales.

calificación de profesionales de salud: 4.1 calificación de los pediatras: 4.8
calificación de los pacientes: 1.8 calificación de padres/familiares: 1.9

Alemania – El promedio de los resultados del profesional de salud es de 4.3, mientras que el de los pediatras es de 4.9. La percepción de los pacientes y los padres en este aspecto es similar.

calificación de profesionales de salud: 4.3 calificación de los pediatras: 4.9
calificación de los pacientes: 4.8 calificación de padres/familiares: 4.7

2.4.3 Conclusiones – I necesidades de los países integrantes del estudio

Necesidades de aprendizaje de aspectos interculturales en Rumania

Aspectos interculturales	Cuestionario Profesional de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	4.9	4.9	4.9	4.8
Comportamiento hacia los pacientes (acción)	4.9	4.9	5.0	4.7
Comportamiento hacia los pacientes (tratamiento)	4.8	4.9	4.8	4.9

Tabla 15. Aspectos interculturales – resultados en Rumania

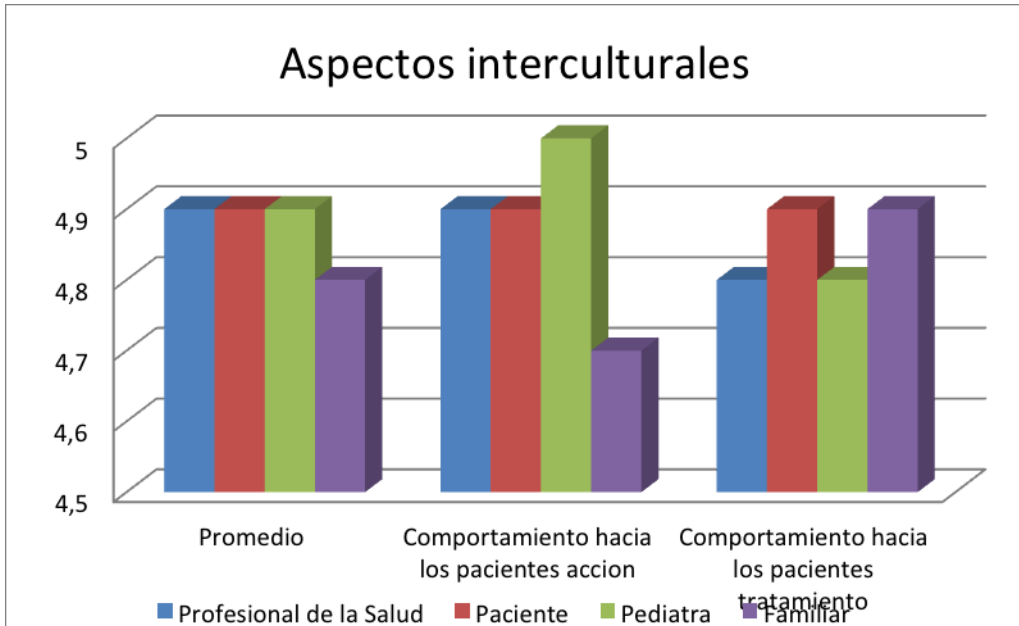


Fig. 16 Aspectos interculturales – resultados para Rumania

En **Rumanía**, la muestra encuestada, es decir, médicos y personal sanitario, deben cubrir básicamente las necesidades de salud de los pacientes rumanos, lo que obliga a comprender a pacientes con diversos perfiles culturales: sus formas de comunicación, las prácticas de salud, sus expectativas del sistema de salud, la implicación familiar en el tratamiento, o las diversas actitudes hacia el dolor y el sexo opuesto.

Los aspectos interculturales no parecen representar un problema en Rumanía, debido posiblemente a la buena formación de los profesionales de la salud, o a la baja tasa de pacientes con diferentes antecedentes culturales en los servicios de salud rumanos. La uniformidad de los antecedentes culturales es un facilitador para la buena comunicación y los procesos armonizados de la toma de decisiones.

Sin embargo, con referencia al comportamiento hacia los pacientes (acción), los padres perciben una cierta barrera que se puede mejorar a través de estrategias de comunicación intercultural. De manera similar, en términos de tratamiento, los peditras y el personal de atención médica consideran que este aspecto podría mejorar si esto puede significar comprensión/aceptación de comportamientos y creencias "diferentes", lenguaje (complejidad, jerga) que fácilmente puedan malinterpretarse.

Para ello, podría diseñarse un curso de sensibilización sobre comunicación intercultural, que incluya diferentes estilos de comunicación, prácticas de salud y expectativas determinadas por la cultura acerca del sistema de salud, la implicación familiar en el tratamiento, las actitudes hacia el dolor y el género opuesto.

Necesidades de aprendizaje de aspectos interculturales en Hungría

Aspectos interculturales	Cuestionario Profesional de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Peditra	Cuestionario Familiar
--------------------------	--------------------------------------	-----------------------	----------------------	-----------------------

Promedio	3,1	4,4	4,0	4,3
Comportamiento hacia el paciente (acción)	2,4	4,5	3,3	4,4
Comportamiento hacia el paciente (tratamiento)	3,8	4,2	4,6	4,2

Tabla 17. Aspectos interculturales – necesidades para Hungría

Los médicos húngaros y el personal sanitario mantienen una comunicación buena con los pacientes húngaros. Al igual que Rumanía, debido a la larga experiencia en el trato con pacientes de otras culturas, los malentendidos y las situaciones conflictivas son poco frecuentes.

La calificación promedio más baja en la comunicación intercultural la ofrecieron los profesionales sanitarios, mientras que los pacientes y familiares parecen ser los más satisfechos con este aspecto. Los pediatras y el personal de atención médica calificaron su comportamiento (acción) significativamente más bajo que los pacientes y familiares. Una posible razón por la cual los doctores y la atención médica podrían percibirse más impersonales y comerciales con los pacientes es que tal vez quieran aclarar los roles en la comunicación profesional del paciente con el fin de mantener una mejor medicación y adherencia al tratamiento y el estilo de vida. Una baja adherencia a la medicación y un cambio en el estilo de vida pueden contribuir al desarrollo de complicaciones a largo plazo. Si la adherencia del paciente a la dieta, la actividad física, el autocontrol y especialmente a la compra y toma de medicamentos no alcanzan los niveles esperados, los médicos podrían sentir que llevan mejor el control cuando se comporten de modo más comercial, aunque sean afables con los pacientes y sus familiares.

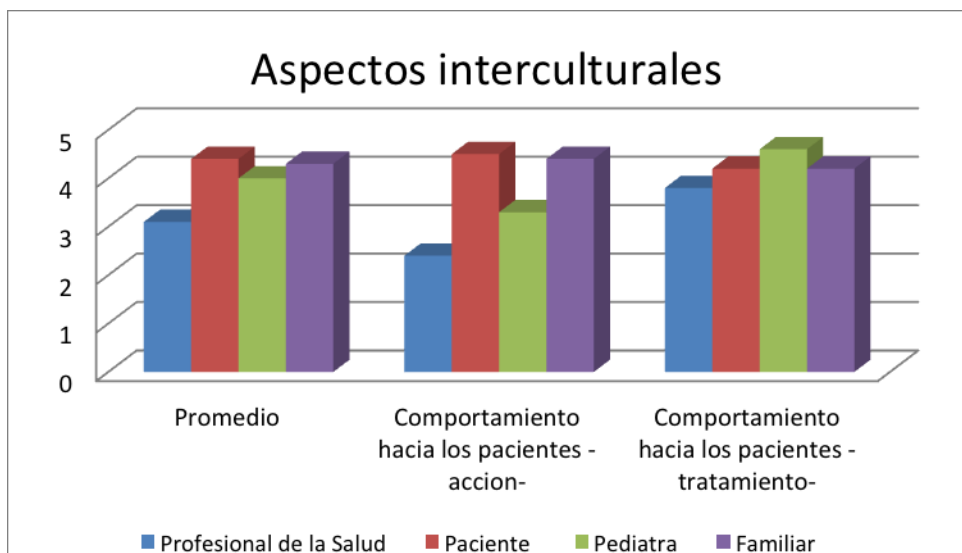


Fig. 17 Aspectos interculturales – resultados para Hungría

Necesidades de aprendizaje de aspectos interculturales en Italia

En **Italia**, la calificación promedio más alta en cuestiones interculturales la ofrecieron los pediatras (4,9). La puntuación más baja sobre el comportamiento hacia el paciente (acción) la dieron los pacientes. La duración del examen médico y el tipo de información ofrecida son aspectos que influyen en la percepción del paciente y del familiar en cuestiones interculturales: por ejemplo, unos pocos minutos no son suficientes para responder a las muchas preguntas de padres y pacientes.

Aspectos interculturales	Cuestionario Profesional de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiar
Promedio	3,2	2,8	4,9	3,2
Comportamiento hacia el paciente (acción)	2,7	1,9	5,0	2,9
Comportamiento hacia el paciente (tratamiento)	3,7	3,6	4,8	3,4

Tabla 18. Aspectos interculturales – resultados para Italia

El número de médicos y pediatras es cada vez más bajo y ello está también afectando a la percepción de los pacientes, los familiares y los profesionales sanitarios sobre el comportamiento hacia el paciente (acción). La percepción de los pediatras sobre el comportamiento hacia el paciente es definitivamente más alta: esto significa que las competencias profesionales contribuyen activamente a las buenas prácticas y a las cuestiones interculturales.

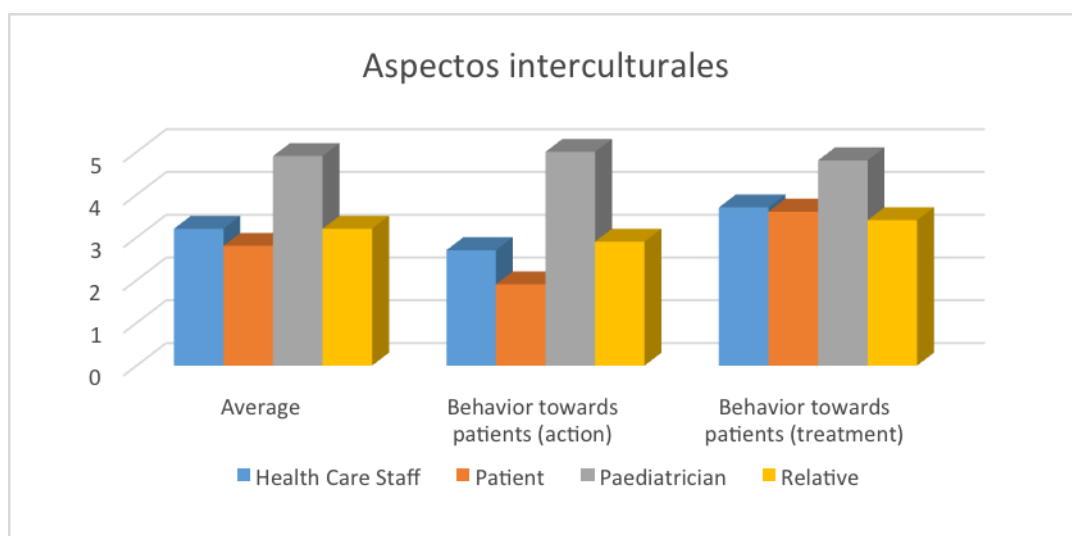


Fig. 18 Aspectos interculturales – resultados para Italia

Necesidades de aprendizaje de aspectos interculturales en España

Las diferencias en las referencias culturales a menudo son responsables de los problemas de comunicación y las cuestiones éticas entre usuarios y proveedores. Las diferencias de valores son esenciales para comprender la calificación obtenida en estas dimensiones de la encuesta. Las estrategias de comportamiento vinculadas a los tratamientos del paciente se consideran de manera muy positiva, de hecho estos datos se confirman por los resultados positivos mostrados en los procesos de transparencia e información, calidad de vida y otros aspectos relacionados con la calidad de la relación médico-paciente.

Una gran diferencia se basa en los datos relacionados con las acciones y la forma de comunicarse con el paciente con diferente cultura y valores. La falta de satisfacción entre los usuarios se muestra en gran medida por el índice de este dato, uno de los peores de la encuesta, 1,8 para los pacientes y 1,9 para los padres. Entre los proveedores, las percepciones son diferentes, aunque no tan extremas, los profesionales de la salud parecen ser conscientes de este déficit y la necesidad de mejorar las competencias profesionales y la actitud para manejar problemas interculturales e integrar diferentes sistemas de valores en los procesos de toma de decisiones.

Aspectos interculturales	Cuestionario Profesional de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiar
Promedio	3,8	2,9	4,9	2,9
Comportamiento hacia los pacientes (acción)	3,5	1,8	5,0	1,9
Comportamiento hacia los pacientes (tratamiento)	4,1	4,0	4,8	3,9

Tabla 19. Aspectos interculturales – resultados para España

En conclusión, los aspectos interculturales son una necesidad urgente de los servicios de atención sanitaria pediátrica en España, ya que la percepción de los usuarios es radicalmente diferente de la de los médicos. Esta asimetría se puede resolver integrando el rol de las enfermeras en la comunicación con pacientes y familiares. Se requieren competencias transversales enfocadas a la formación de equipos y el intercambio de conocimientos para abordar los problemas interculturales en pediatría. El intercambio de información entre los profesionales de la salud, los familiares y los pacientes es una necesidad para desarrollar la actitud correcta para abordar los aspectos interculturales.

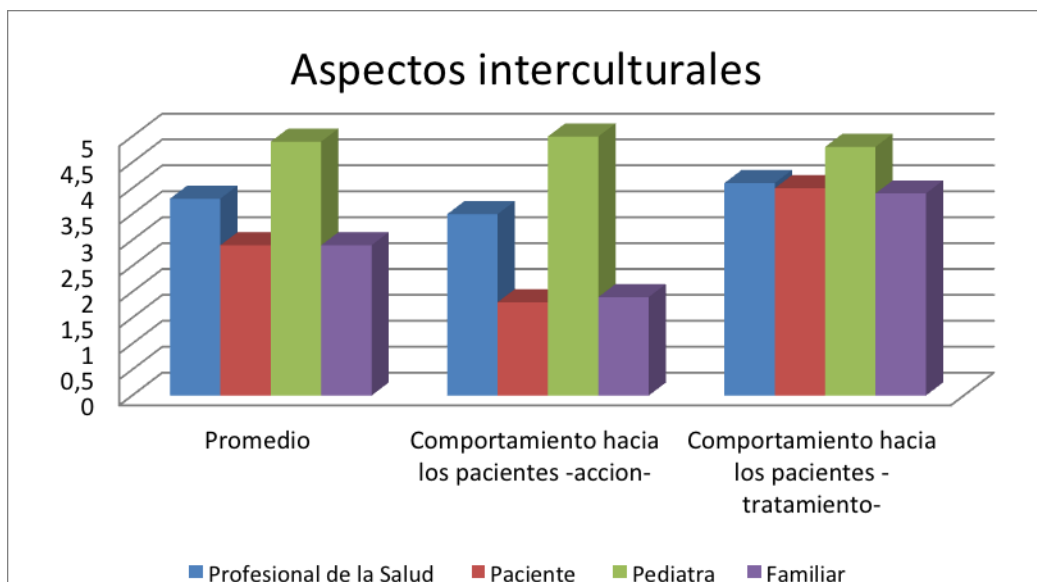


Fig. 19 Aspectos interculturales – resultados para España

Necesidades de aprendizaje de aspectos interculturales en Alemania

En **Alemania**, los resultados de todos los grupos que participaron en la encuesta son homogéneamente buenos. Esto se corresponde con un entorno cordial y respetuoso en todos los espacios del hospital.

Aspectos interculturales	Cuestionario personal de salud	Cuestionario pacientes	Cuestionario pediatras	Cuestionario familiares
Promedio	4,4	4,8	4,8	4,8
Comportamiento hacia los pacientes (acción)	4,3	4,8	4,5	4,7
Comportamiento hacia los pacientes (tratamiento)	4,5	4,9	4,6	4,8

Tabla 20: Aspectos interculturales – resultados en Alemania

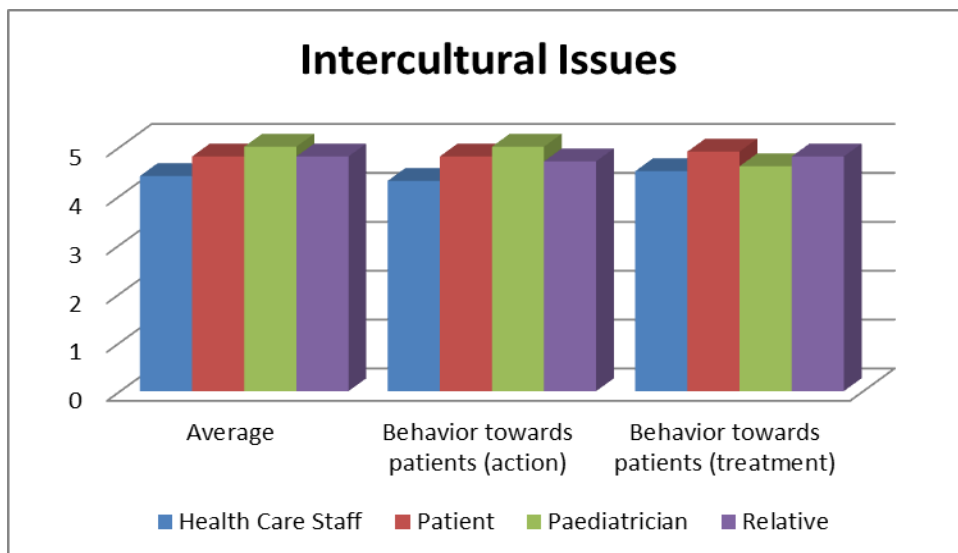


Fig. 20 Aspectos interculturales – resultados en Alemania

2.4.4. Aspectos interculturales – Conclusiones generales

Los datos reflejan una concordancia entre las percepciones de Europa del Sur y Europa del Este al tratar aspectos culturales en pediatría. Ciertas diferencias pueden explicarse desde varias perspectivas: la organización de los servicios de salud, la diversidad de referencias culturales de la población de pacientes, los programas de capacitación disponibles para los profesionales de la salud y la legislación que regula los procesos de información en los servicios de salud.

En todas las circunstancias, los datos muestran una gran demanda de nuevas competencias para mejorar la comunicación con pacientes con diferentes antecedentes culturales, especialmente en aquellos países donde la sociedad multiétnica es una realidad estructurada por un marco político y legal como los países de la UE, donde los profesionales tienen responsabilidades específicas sobre la salud de sus pacientes y familiares. Las estrategias para mejorar la gestión de los aspectos interculturales pueden variar según los países o la diversidad del sistema de atención de salud, pero en todos los países encuestados existe una tendencia común en relación con la comunicación entre el personal de atención médica y los médicos.

Las competencias transversales para los pediatras deben mejorar el trabajo en equipo y la comunicación entre los profesionales clínicos y no clínicos, y desde esta perspectiva hay un interés especial sobre los profesionales sanitarios en la relación médico-paciente, no con respecto a sus responsabilidades, sino en lo relativo al intercambio de conocimiento para mejorar las respuestas a las necesidades de los pacientes. Este proceso de comunicación entre los profesionales de la salud debe tener en cuenta a los familiares, un aliado de estos.

Los datos muestran que, en términos de acción y tratamiento, la gestión de aspectos culturales pasa por una planificación del cuidado con la familia. Este aspecto no solo está

relacionado con la capacitación de los profesionales de la salud, porque la cultura requiere herramientas legales, valores éticos y nuevas actitudes profesionales, sino también se vincula con la educación profesional como punto de partida para sensibilizar a las organizaciones profesionales y compartir una cultura de respeto por la diversidad cultural y la pluralidad de códigos éticos.

2.5 GESTION DEL TIEMPO (TM)

La gestión del tiempo es uno de los problemas más importantes, si no el más importante, en las consultas de atención primaria y las unidades pediátricas. Las razones más comunes por las cuales las citas se retrasan en las consultas pediátricas son las visitas inesperadamente largas (cuando los pacientes llegan con una lista de quejas), problemas de programación (falta de tiempo para visitas de pacientes, sobrecarga de citas, etc. ...), dificultades para usar nuevas tecnologías, EHR y emergencias. Todos estos factores pueden contribuir a la pérdida de control del tiempo en las consultas pediátricas.

En los últimos tiempos, los pediatras se ven presionados para seguir unas pautas específicas, ofrecer un número cada vez mayor de servicios preventivos y una atención centrada en el paciente, mientras que el número de pediatras en ejercicio continúa disminuyendo en muchos países. Como resultado, muchos médicos y pacientes expresan insatisfacción con la duración de la consulta.

Mejorar las competencias y desarrollar estrategias óptimas de la gestión del tiempo contribuyen a mejorar la atención médica. Tras una revisión sistemática no se encontró asociación directa entre la duración promedio de las citas y el nivel de estrés de los médicos, pero se identificaron más visitas médicas asociadas con una mayor atención hacia problemas psicosociales, tasas más bajas de prescripción, prescripciones de mejor calidad, tasas de derivación más bajas, tasas de retorno a consulta más bajas e indicadores de mejor satisfacción del paciente.

La siguiente sección presenta los resultados de una encuesta que evalúa la gestión del tiempo entre pediatras, el personal sanitario, los pacientes y los padres de pacientes en Rumanía, Hungría, Italia, España y Alemania, en términos de tiempo destinado al paciente, facilidad para contactar al médico cuando la consulta está cerrada, las listas de espera, el tiempo de respuesta a problemas urgentes y tiempo de espera en la consulta del pediatra.

2.5.1 Tiempo con el paciente

En **Rumanía**, la cantidad de tiempo dedicado al paciente fue evaluada por una puntuación de 4,4 por los pacientes pediátricos, mientras que el personal sanitario, los médicos y los padres/familiares consideraron que el tiempo era mayor, sin ser el máximo.

calificación de profesionales de salud: 4.5
calificación de los pacientes: 4.4

calificación de los pediatras: 4.6
calificación de padres/familiares: 4.6

En **Hungría**, un pediatra debe pasar al menos 15 horas por semana pasando consulta. Esto supone 3 horas al día, de las cuales 1 hora se dedica al asesoramiento

médico y vacunación. El tiempo restante, el pediatra debe estar disponible para los pacientes.

Los niños y el personal de atención médica opinan que los médicos pasan suficiente tiempo con los pacientes la mayor parte del tiempo, mientras que los médicos y los padres piensan que a veces el tiempo que se pasa con los pacientes no es suficiente. Los pediatras tienen que diagnosticar las enfermedades de los pacientes a partir de los síntomas, lo que puede ser una tarea muy lenta. Evidentemente, las enfermeras también son conscientes de la presión del tiempo en los pediatras de atención primaria, aunque los médicos sienten el problema de manera más directa. Por ejemplo, en un período de epidemia de gripe puede haber entre 60 y 80 pacientes en la consulta del pediatra, esperando recibir atención médica.

calificación de profesionales de salud: 3.7 calificación de los pediatras: 3.3
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 3.3

Italia: el promedio de resultados de los profesionales sanitarios es de 3,3/5,0, mientras que el resultado de los pediatras es de 3,7. El tiempo dedicado al paciente y para responder a preguntas de familiares, padres y niños es bajo en opinión del personal sanitario y los doctores, en comparación con los estándares de calidad de la atención.

La percepción de los pacientes y familiares es menor que la de las otras dos categorías, y esto se debe a la duración del examen médico: unos minutos no son suficientes para responder a las preguntas de padres y pacientes.

calificación de profesionales de salud: 3.3 calificación de los pediatras: 3.7
calificación de los pacientes: 3.1 calificación de padres/familiares: 3.0

España – El promedio de resultados de los profesionales sanitarios es de 2.0/5.0 y el de los pediatras es de 4.6/5.0. En este aspecto las diferencias son relevantes, las percepciones del personal de salud son consistentemente diferentes y totalmente opuestas a las de los pediatras. Las percepciones de los pacientes y sus familiares son mejores que las del personal de atención médica y las de los pediatras.

calificación de profesionales de salud: 2.0 calificación de los pediatras: 4.6
calificación de los pacientes: 3.8 calificación de padres/familiares: 3.7

Alemania – Los médicos y pediatras saben que sería mejor pasar más tiempo con el paciente. A veces, el número de tareas administrativas es abrumador y parece que cada vez hay menos tiempo para el examen físico y para hablar con los pacientes y los padres. La percepción de los pacientes y los padres es más alta; este resultado podría verse influenciado por las experiencias de la atención médica en adultos, donde incluso hay menos tiempo disponible para responder a las preguntas de los pacientes.

calificación de profesionales de salud: 3.0 calificación de los pediatras: 3.7
calificación de los pacientes: 4.6 calificación de padres/familiares: 4.5

2.5.2 Disponibilidad del médico

En **Rumania**, la disponibilidad del médico fue evaluada por los niños con un 4,1, donde la consulta del médico permanece cerrada durante el fin de semana. Los médicos

también consideraron que su disponibilidad para los pacientes, padres/familiares es meramente suficiente, es decir, 4.3 puntos, mientras que el personal de salud lo calificó con un 4.0, menor que el de los niños (4.1) y los padres / familiares, es decir, 4.2.

calificación de profesionales de salud: 4.0 calificación de los pediatras: 4.3
calificación de los pacientes: 4.1 calificación de padres/familiares: 4.2

En **Hungría**, los médicos consideran que es fácil contactarles cuando la consulta está cerrada (noches y fines de semana) e incluso que las enfermeras piensan que es muy fácil contactarlos durante esos momentos. Los padres pueden ponerse en contacto con los médicos por teléfono y correo electrónico durante este período. Los niños y sus padres opinaron que contactar al pediatra era significativamente más difícil, calificando esta pregunta con un 2.7 y 2.3 respectivamente.

calificación de profesionales de salud: 3.9 calificación de los pediatras: 3.0
calificación de los pacientes: 2.7 calificación de padres/familiares: 2.3

Italia: el promedio de resultados de los profesionales de la salud y los pediatras es de 3.0. Debido al bajo número de trabajadores y una serie de actividades que deben gestionarse durante todo el día, los profesionales de la salud y los pediatras perciben que no es muy bueno el nivel de facilidad para contactarlos. El punto de encuentro principal es la sala de emergencias para todo tipo de necesidades.

calificación de profesionales de salud: 3.0 calificación de los pediatras: 3.0
calificación de los pacientes: 2.8 calificación de padres/familiares: 3.2

España - El promedio de resultados del personal de salud es de 3.0/5.0 y el de los pediatras es de 4.3/5.0. En este aspecto, las percepciones son consistentes entre los grupos. Las necesidades de los pacientes y familiares son diferentes de las percepciones de los profesionales de la salud, estos elementos muestran una verdadera distancia entre las necesidades de los usuarios y la conciencia del proveedor de servicios de atención médica.

calificación de profesionales de salud: 3.0 calificación de los pediatras: 4.3
calificación de los pacientes: 2.3 calificación de padres/familiares: 2.3

Alemania – La disponibilidad de médicos y profesionales de la salud es baja cuando la consulta está cerrada; esto es cierto. Pero la interpretación de la pregunta puede ser engañosa ya que nuestro hospital cuenta con un servicio de emergencia las 24 horas, los 7 días de la semana, y los pediatras e incluso otros pediatras especializados (por ejemplo, los oncólogos) están disponibles por teléfono y personalmente durante las noches y los fines de semana.

calificación de profesionales de salud: 3.2 calificación de los pediatras: 2.7
calificación de los pacientes: 2.9 calificación de padres/familiares: 3.0

2.5.3 Lista de espera del medico

En **Rumania**, los pacientes se sienten frustrados al tener que esperar cita medica o en la sala de espera. La lista de espera del médico obtuvo las siguientes calificaciones en

orden ascendente: los médicos un 3.4 -consideraban que las listas de espera eran demasiado largas, los padres/familiares un 3.7, los pacientes un 3.9 y el personal de atención médica un 4.1.

calificación de profesionales de salud: 4.1 calificación de los pediatras: 3.4
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 3.7

En Hungría, los médicos calificaron las listas de espera como "generalmente cortas". En el país no hay listas de espera en los servicios médicos de atención primaria, pero los pacientes tienen que esperar para obtener una cita para acudir a la atención secundaria. Esto puede suponer un tiempo de espera, ya que los hospitales solo pueden tratar a un número limitado de pacientes por día debido a razones financieras. Los pacientes y familiares encontraron que las listas de espera eran en su mayoría cortas, percibiendo el tiempo de espera aceptable pero indicando que todavía hay margen de mejora en este punto.

calificación de profesionales de salud: 3.4 calificación de los pediatras: 3.8
calificación de los pacientes: 3.2 calificación de padres/familiares: 3.0

Italia – El promedio de resultados ofrecido por los profesionales sanitarios es de 3.2/5.0, mientras que el resultado de los pediatras es de 3.6. La lista de espera médica se supervisa de dos maneras diferentes:

1. Director de departamento – nivel de atención médica
2. Gestor financiero – nivel de gestión

Los procesos de supervisión incluyen el análisis de los procedimientos y métodos operativos para garantizar un alto nivel de ejecución.

La percepción de familiares y pacientes es diferente por las siguientes razones:

- pacientes privados: se aplican procedimientos de acceso y los pacientes siguen las vías normales.
- pacientes no privados: en ASLTO3 existen listas de espera para acceder a la atención médica. El tiempo de espera para la primera visita es de unos 5-6 meses.

calificación de profesionales de salud: 3.2 calificación de los pediatras: 3.6
calificación de los pacientes: 3.4 calificación de padres/familiares: 3.1

España – El promedio de calificaciones en opinión de los profesionales sanitarios es 3.0/5.0 y en opinión de los pediatras es 3.4/5.0. Las percepciones son similares. La diferencia entre usuarios y proveedores no es uniforme, incluso si los pacientes y familiares muestran una menor satisfacción.

calificación de profesionales de salud: 3.0 calificación de los pediatras: 4.3
calificación de los pacientes: 3.1 calificación de padres/familiares: 3.2

Alemania – Todos los grupos coinciden: las listas de espera son excesivamente largas. Pero este hecho no va a poder ser mejorado en el corto plazo debido a los recortes de personal.

calificación de profesionales de salud: 2.5 calificación de los pediatras: 2.6
calificación de los pacientes: 3.1 calificación de padres/familiares: 2.7

2.5.4 Respuesta a llamadas urgentes

En **Rumania** el promedio de resultados ofrecido por los profesionales sanitarios es 3.0/5.0 y el de los pediatras es 3.4/5.0. Las percepciones son similares. La diferencia entre usuarios y proveedores no es uniforme, incluso si los pacientes y familiares muestran menos satisfacción.

calificación de profesionales de salud: 4.6 calificación de los pediatras: 4.3
calificación de los pacientes: 4.2 calificación de padres/familiares: 4.1

En **Hungría**, las enfermeras perciben que el tiempo de respuesta a las llamadas urgentes es generalmente corto, mientras que los médicos creen que es siempre corto. Los profesionales sanitarios de atención primaria ponen gran énfasis en indicar a los padres cuando tienen que llamar a la consulta del pediatra y cuando es mejor contactar a los servicios de emergencia. En algunos casos especiales, como los ataques de asma, reacciones alérgicas, se anima a los padres a acudir al médico de atención primaria.

calificación de profesionales de salud: 4.5 calificación de los pediatras: 4.6
calificación de los pacientes: 4.5 calificación de padres/familiares: 4.0

Italia – El promedio de resultados de los profesionales sanitarios es de 3.8/5.0 mientras que el resultado de los pediatras es 4.0. La percepción de los pacientes y familiares es menor que la de las otras dos categorías. Las razones están relacionadas con:

1. Condición clínica: En ASLTO3 hay dos servicios de emergencia con base en Pinerolo y en Rivoli. Como procedimiento estándar, la reacción del equipo de atención médica debe ser "muy rápida" en colaboración y cooperación con los Servicios 112.
2. Tipología de actuaciones de los pediatras y los servicios Neuropsiquiátricos: no son capaces de gestionar las llamadas clínicas urgentes. El horario de los médicos de NPI y pediatría es de 8.00 a.m. a 8 p.m., de lunes a viernes.

calificación de profesionales de salud: 3.8 calificación de los pediatras: 4.0
calificación de los pacientes: 3.5 calificación de padres/familiares: 3.2

España – El promedio de resultados para los profesionales de la salud es 3.0/5.0 y el de los pediatras es 4.3/5.0. Las diferencias son claras y los pediatras están convencidos de apoyar a los pacientes de la mejor manera posible. Los familiares y el personal de atención médica tienen percepciones muy similares con respecto a este punto.

calificación de profesionales de salud: 3.0 calificación de los pediatras: 4.3
calificación de los pacientes: 3.1 calificación de padres/familiares: 3.2

Alemania – En Alemania, en términos de atención y respuesta a las llamadas urgentes, las puntuaciones ofrecidas por las cuatro categorías de población encuestadas fueron más altas entre pediatras y pacientes (3,9) y más bajas en el personal sanitario (2,9). Todos los grupos coinciden en la necesidad de mejorar.

calificación de profesionales de salud: 2.9 calificación de los pediatras: 3.9
calificación de los pacientes: 3.9 calificación de padres/familiares: 3.7

2.5.5 Tiempo de espera en la consulta pediátrica

En **Rumania**, el tiempo de espera en la consulta del pediatra fue calificado por los pacientes como el más bajo: 3.8. Los médicos, los profesionales de la salud y los padres mostraron una calificación más alta sobre esta pregunta, calificando el tiempo de espera como mayormente corto.

calificación de profesionales de salud: 4.2 **calificación de los pediatras: 4.0**
calificación de los pacientes: 3.8 **calificación de padres/familiares: 4.2**

En **Hungría**, la calificación de los profesionales de la salud y los médicos coincide en que el tiempo de espera en la consulta del pediatra es mayormente corto. En los consultorios médicos húngaros, los pacientes no pueden reservar una cita. El tratamiento de los niños enfermos generalmente sucede según el orden de llegada. En un día promedio, visitan la consulta del pediatra 15-25 pacientes. El tiempo de espera puede ser más largo cuando hay un período de vacunación o los médicos están ocupados con las tareas de administración o registrando el historial médico de un nuevo paciente.

calificación de profesionales de salud: 3.6 **calificación de los pediatras: 3.3**
calificación de los pacientes: 2.9 **calificación de padres/familiares: 3.1**

Italia – El promedio de resultados de los profesionales de la salud es 3.0/5.0, mientras que el resultado de los pediatras es 3.3. El tiempo con el paciente para responder a preguntas de familiares, padres e hijos es bajo según los profesionales de la salud y los médicos en comparación con los estándares de calidad de la atención. Hay una lista de espera para cada médico y la percepción del personal sanitario y los pediatras es baja en comparación con el momento de la petición de los exámenes médicos.

calificación de profesionales de salud: 3.0 **calificación de los pediatras: 3,3**
calificación de los pacientes:3,2 **calificación de padres/familiares:3,2**

España – El promedio de resultados de los pediatras es 4.0 / 5.0. La lista de espera no es un gran problema, incluso si los pediatras reconocen la necesidad de mejorar el servicio y reducir el tiempo de espera. Las percepciones entre médicos y pacientes son diferentes, incluso de forma no constante.

calificación de profesionales de salud: 2.8 **calificación de los pediatras: 4.0**
calificación de los pacientes: 2.7 **calificación de padres/familiares: 2.7**

Alemania – El tiempo de espera en la consulta del pediatra es calificado como moderado por los médicos y pediatras. Los pacientes y los padres están más satisfechos y piensan que el tiempo de espera es aceptable.

calificación de profesionales de salud: 3.1 **calificación de los pediatras: 3.3**
calificación de los pacientes: 3.6 **calificación de padres/familiares: 3.8**

2.5.6 Conclusión – Necesidades de gestión del tiempo en cada país

Necesidades de aprendizaje de gestión del tiempo en Rumania

Los pediatras se enfrentan a fuertes presiones para brindar atención médica a un número creciente de niños y sus familias, incluyendo entre ellos bastantes niños con problemas médicos complejos. En el entorno actual de la atención médica, las competencias de gestión del tiempo son esenciales para proporcionar una supervisión efectiva de la salud.

Gestión del tiempo	Cuestionario Profesional de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	4.3	4.1	4.1	4.2
Tiempo con el paciente	4.5	4.4	4.6	4.6
Disponibilidad del medico	4.0	4.1	4.3	4.2
Lista de espera del medico	4.1	3.9	3.4	3.7
Respuesta a llamadas urgentes	4.6	4.2	4.3	4.1
Tiempo de espera en consulta	4.2	3.8	4.0	4.2

Tabla 21 Resultados de la gestión del tiempo en Rumania

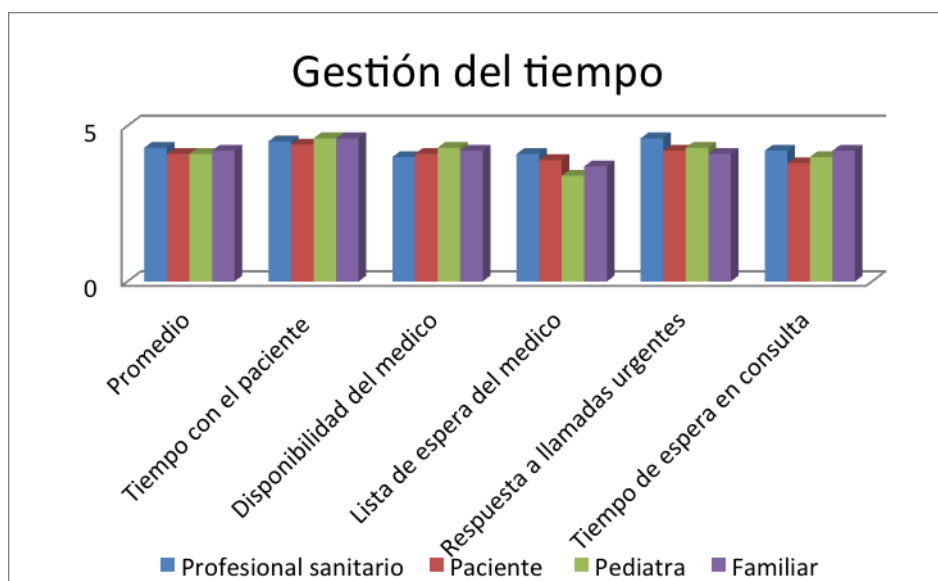


Fig. 21 Resultados de la gestión del tiempo en Rumania

La mayoría de los médicos están insatisfechos con la lista de espera del médico y el tiempo de espera en la consulta del pediatra. También el personal de atención médica y los pacientes consideran que la disponibilidad del médico podría mejorarse entre otros motivos, ahorrando tiempo de otras actividades: priorizando objetivos, utilizando ciertas estrategias de ahorro de tiempo como la escucha activa, competencias centradas en la familia, eliminando preocupaciones de pacientes/padres, ofreciendo asesoramiento individual, o con una mejor planificación.

Necesidades de aprendizaje de gestión del tiempo en Hungría

Gestión del tiempo	Cuestionario Personal de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	3,8	3,4	3,6	3,2
Tiempo con el paciente	3,3	3,9	3,6	3,3
Disponibilidad del medico	4,5	2,7	4,6	2,3
Lista de espera del medico	3,4	3,2	3,8	3,0
Respuesta a llamadas urgentes	3,9	4,5	3,0	4,0
Tiempo de espera en consulta	3,7	2,9	3,3	3,1

Tabla 22. Resultados de la gestión del tiempo en Hungría

Para **Hungría**, la puntuación promedio más baja para la gestión del tiempo lo dieron los familiares y los pacientes, 3,2 y 3,4 respectivamente. Aunque las calificaciones otorgadas por los pediatras y el personal de salud son un poco más altas, todos los grupos encuestados expresaron una insatisfacción general con respecto a este punto.

El valor más alto entre los resultados sobre la gestión del tiempo se mantiene por la respuesta variable en las llamadas urgentes para todos los grupos encuestados, mientras que el más bajo fue el tiempo de espera en la consulta del pediatra. Los padres y pacientes desean mejorar la disponibilidad del médico cuando su consulta está cerrada y también expresaron su necesidad de reducir el tiempo de espera en la consulta. Los pediatras y el personal de atención médica creen que necesitan más tiempo con el paciente.

En Hungría, se lanzará una Plataforma on-line de Servicios de Salud Electrónica en la nube para finales de este año. La fase piloto ya comenzó y se requiere que los médicos carguen los datos del paciente y el historial medico familiar. Esta es una carga adicional para los profesionales de la salud durante los próximos años, sin embargo, la misma comunidad disfrutará de los beneficios más adelante.

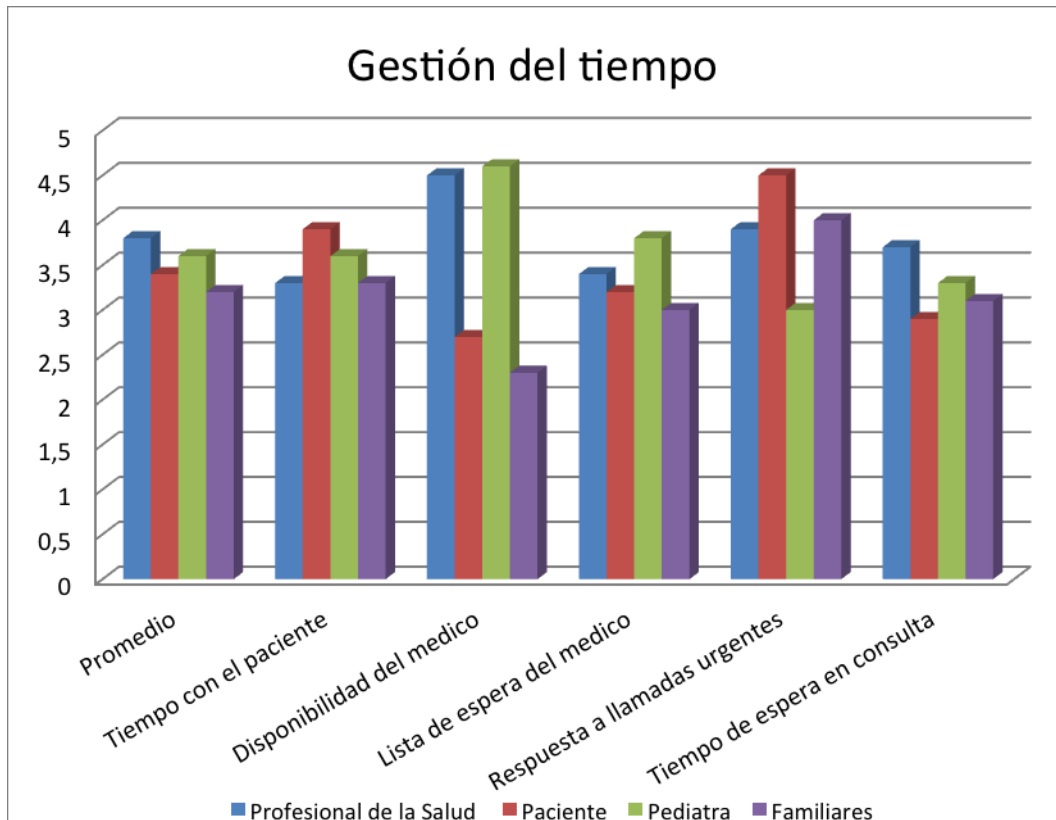


Fig.22 Resultados de la gestión del tiempo en Hungría

Necesidades de aprendizaje de gestión del tiempo en Italia

En lo relativo a la gestión del tiempo, en **Italia**, la calificación más baja la dieron los pacientes sobre la disponibilidad de los médicos. Ni los médicos ni los pediatras perciben la facilidad para contactar a los médicos como buena.

El tiempo dedicado al paciente también recibe baja calificación por todos los participantes en la encuesta, en comparación con los estándares de calidad de la atención.

Gestión del tiempo	Cuestionario Profesional de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	3,2	3,2	3,5	3,2
Tiempo con el paciente	3	3,1	3,3	3
Disponibilidad del medico	3	2,8	3	3,2

Lista de espera del medico	3,2	3,4	3,6	3,1
Respuesta a llamadas urgentes	3,8	3,5	4	3,2
Tiempo de espera en consulta	3,3	3,2	3,7	3,2

Tabla 23. Resultados de la gestión del tiempo en Italia

La situación clínica del paciente y el tipo de actuaciones de los pediatras y los servicios neuropsiquiátricos influyen en la respuesta a llamadas urgentes, la cual no es adecuada según los pediatras.

La gestión del tiempo es un aspecto central en la atención pediátrica, ya sean urgentes o no las necesidades del paciente. La gestión del tiempo debe enseñarse como una competencia transversal para los profesionales pediátricos.

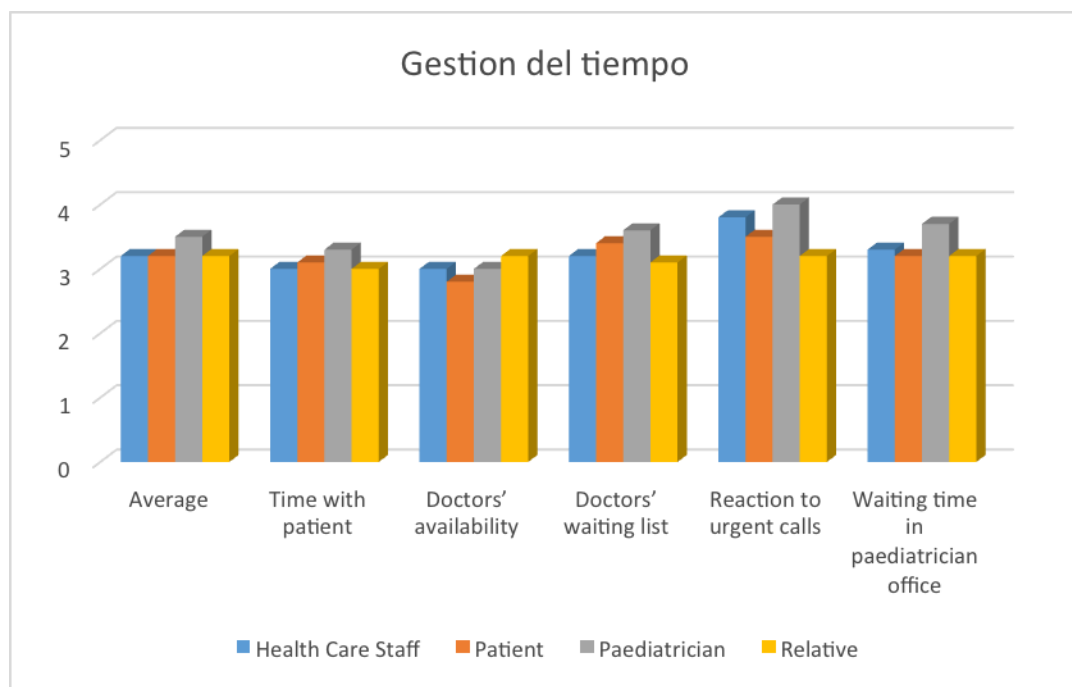


Fig.23 Resultados de la gestión del tiempo en Italia

Necesidades de aprendizaje de la gestión del tiempo en España

El resultado global relacionado con esta dimensión de la encuesta es negativo, todos los valores están alrededor de 3.0, ya que generalmente las percepciones de los clínicos son mejores que las de los otros grupos de la muestra. Las percepciones sobre la gestión del tiempo siempre son superiores a 4.0. El único aspecto criticado por este grupo

es la lista de espera de los médicos, un aspecto que no depende por completo del desempeño de los profesionales de la salud, sino de la organización de los servicios de atención médica. Los peores valores son recogidos por los usuarios, siempre por debajo de 3.0, y generalmente alrededor de 2.0. Este aspecto junto con los aspectos interculturales es uno de los resultados más sorprendentes de la encuesta.

Gestión del tiempo	Cuestionario Profesional de la Salud	Cuestionario Paciente	Cuestionario Pediatra	Cuestionario Familiares
Promedio	2,8	2,9	3,2	3,0
Tiempo con el paciente	3,7	3,8	4,6	3,7
Disponibilidad del medico	3,5	2,3	4,3	2,3
Lista de espera del medico	3,5	2,7	3,4	2,9
Respuesta llamadas urgentes	4,1	3,1	4,3	3,2
Tiempo de espera en consulta	3,6	2,7	4,0	2,7

Tabla 24 Resultados de la gestión del tiempo en España

Para valorar los resultados relacionados con esta dimensión del cuestionario, es importante subrayar la gran diferencia entre usuarios y proveedores, especialmente entre médicos y usuarios. Esta diferencia es un indicador claro de la necesidad de mejorar la comunicación entre pediatras, pacientes, familiares y personal sanitario, porque aunque las diferencias con este grupo no son iguales a las de los usuarios, la comunicación entre médicos y profesionales de la salud en el uso y la gestión del tiempo es bastante diferente y se puede organizar de una mejor manera si el equipo de atención médica define una estrategia común.

En conclusión, si la mejora de la organización espacial y la apariencia son uno de los resultados de nuestra encuesta, los profesionales de la salud también necesitan competencias para aprender a mejorar el tiempo disponible. Una mejor gestión del tiempo podría ser el gran objetivo de un futuro equipo pediátrico. Compartir información relacionada con el tiempo puede ayudar a mapear las necesidades de los pacientes y organizar los servicios centrados en el paciente.

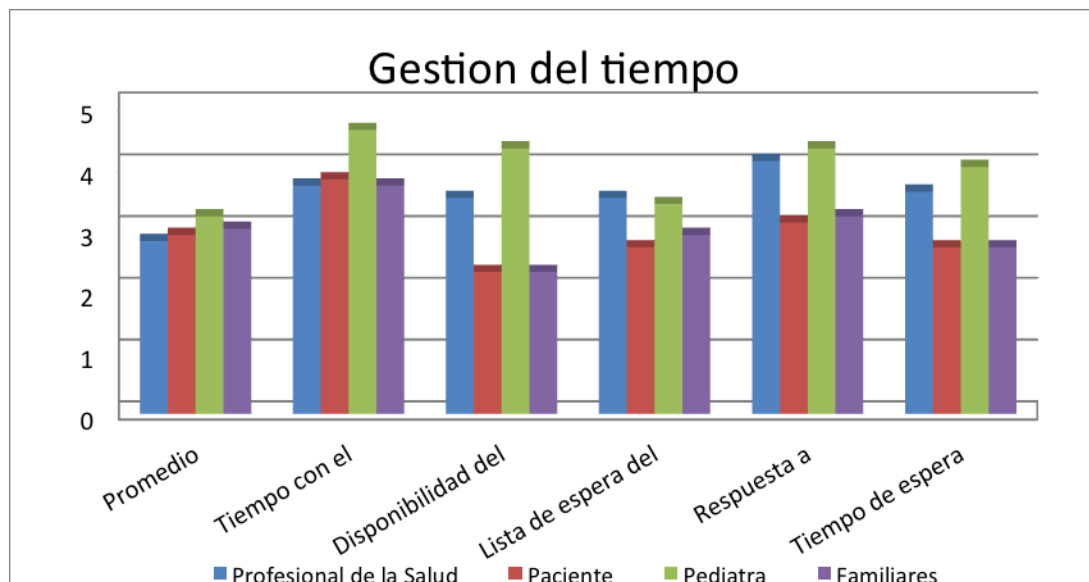


Fig.24 Resultados de la gestión del tiempo en España

Necesidades de aprendizaje para la gestión del tiempo en Alemania

La gestión del tiempo parece ser un problema en la asistencia sanitaria alemana y el equipo médico, e igualmente los pacientes/padres son conscientes de ello. El tiempo para el paciente se ha reducido de la misma manera que ha aumentado la cantidad de tareas administrativas. Pasar más tiempo con el paciente en un centro de atención médica a menudo significa menos dinero para los proveedores, un gran riesgo en la disminución de la calidad. Sin embargo, en la encuesta, los pacientes y familiares están más satisfechos con la gestión del tiempo que lo están pediatras y personal de salud.

Gestión del tiempo	Cuestionario personal de salud	Cuestionario pacientes	Cuestionario pediatras	Cuestionario familiares
Promedio	2,9	3,6	3,2	3,5
Tiempo con el paciente	3,0	4,6	3,7	4,5
Disponibilidad del doctor	3,2	2,9	2,7	3,0
Lista de espera del doctor	2,5	3,1	2,6	2,7
Respuesta a llamadas urgentes	2,9	3,9	3,9	3,7
Tiempo de espera en la consulta pediátrica	3,1	3,6	3,3	3,8

Tabla 25 Resultados de la gestión del tiempo en Alemania

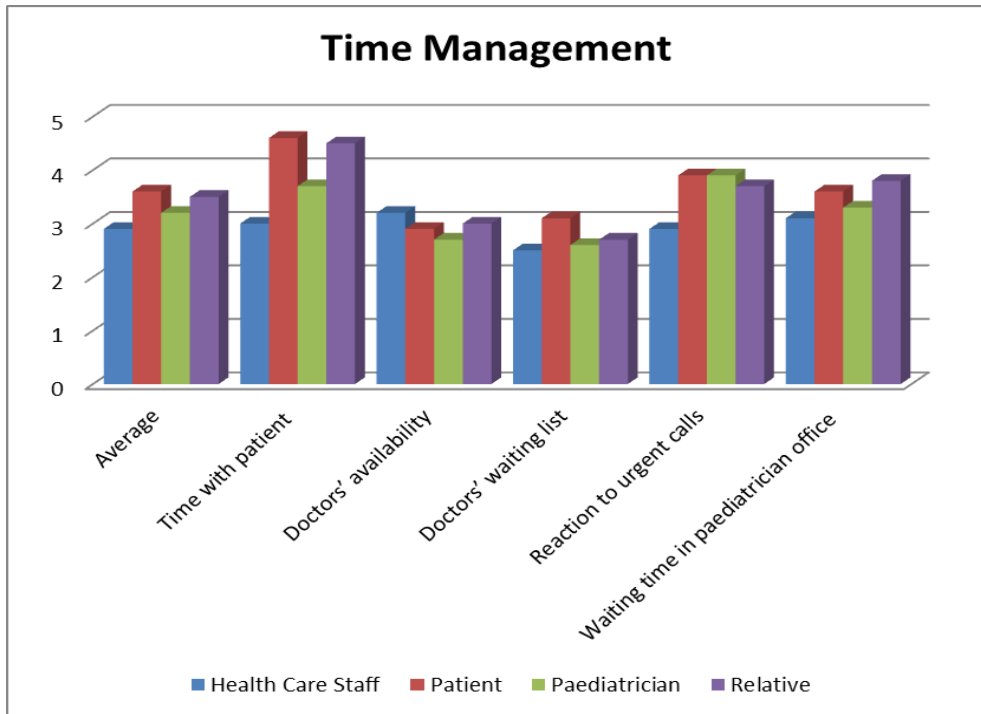


Fig. 25 Resultados de la gestión del tiempo en Alemania

CAPITULO 3

CONCLUSIONES

3.1. RUMANIA

Los aspectos mas importantes que deben mejorarse según los cuatro grupos de participantes en la encuesta son:

entorno hospitalario < gestión del tiempo < comunicación < transparencia < aspectos interculturales

Los peditras consideran que la comunicación necesita una mejora así como la transparencia, mientras que los pacientes no hacen ninguna distinción entre los dos ítems.

Si bien los padres/familiares suelen tener opiniones bastante similares con sus hijos sobre los cinco criterios, los padres parecen necesitar más transparencia que sus hijos y parecen un poco menos sensibles que sus hijos al entorno hospitalario.

Desde el punto de vista de los proveedores de atención médica, el personal sanitario considera que la comunicación, el entorno hospitalario y la gestión del tiempo deben mejorarse en mayor medida que los médicos.

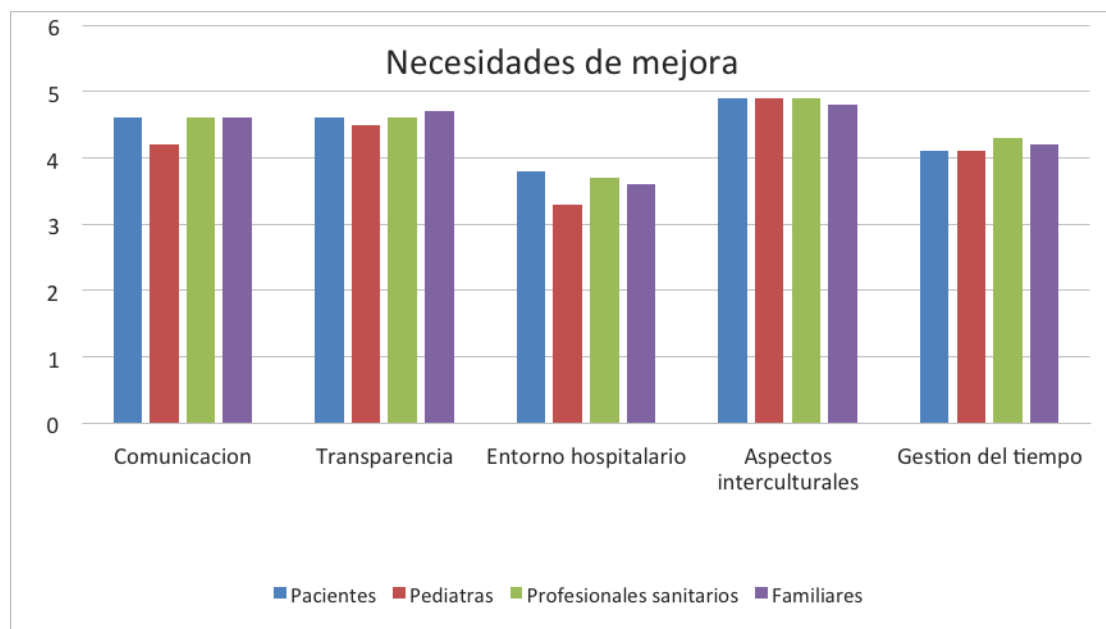


Fig. 26 Necesidades de mejora en Rumanía

El promedio general para la **comunicación** fue calificado por los médicos y por los niños con 3.8, el personal de atención médica y los padres/familiares lo calificaron con un 4.6. Consideramos que hay espacio para mejorar la comunicación entre el médico y el paciente, que es optimizable y puede realizarse a través de una capacitación adicional y cursos prácticos de comunicación práctica específicos para el campo pediátrico.

El promedio general para el criterio **transparencia** osciló entre 4.5 y 4.7 teniendo en cuenta que tuvimos pacientes con enfermedades crónicas y largos períodos de hospitalización y que el médico que está extremadamente ocupado y participa en la terapia de los pacientes necesita gestionar el tiempo de manera eficiente. Se debe ofrecer apoyo psicológico y asesoramiento adecuado a los pacientes pediátricos.

El promedio general para el **entorno hospitalario** fue el más bajo, de 3.3 a 3.8, lo que reclama una financiación mas adecuada y una modernización de las instalaciones hospitalarias rumanas. Esto solo puede ser compensado con una mayor participación de los médicos y el personal sanitario, en detrimento del tiempo que pueden ofrecer a sus pacientes.

El promedio general sobre el criterio **aspectos interculturales** fue casi el máximo (4,9) y no varió entre los cuatro grupos de participantes en la encuesta, lo que demuestra que el proceso médico (comunicación, diagnóstico y tratamiento) no está influenciado por cuestiones interculturales. Todavía se debe prestar atención a las cuestiones interculturales debido a la fluctuación de las poblaciones en toda Europa y la última afluencia de inmigrantes de fuera de la Unión Europea.

En términos de **gestión del tiempo**, el promedio general oscila entre 4.1 y 4.3, lo que demuestra que esto es optimizable en cuanto al tiempo que los pacientes sufren las listas de espera y, por lo tanto, un retraso en el diagnóstico. Es obvio que se necesita una mejor gestión del tiempo, así como un fácil acceso al médico y unas listas de espera mas cortas para acceder a los servicios hospitalarios.

3.2. HUNGRÍA

Los aspectos mas importantes que deben mejorarse según los cuatro grupos de participantes en la encuesta son:

entorno hospitalario < gestión del tiempo < comunicación < aspectos interculturales < transparencia

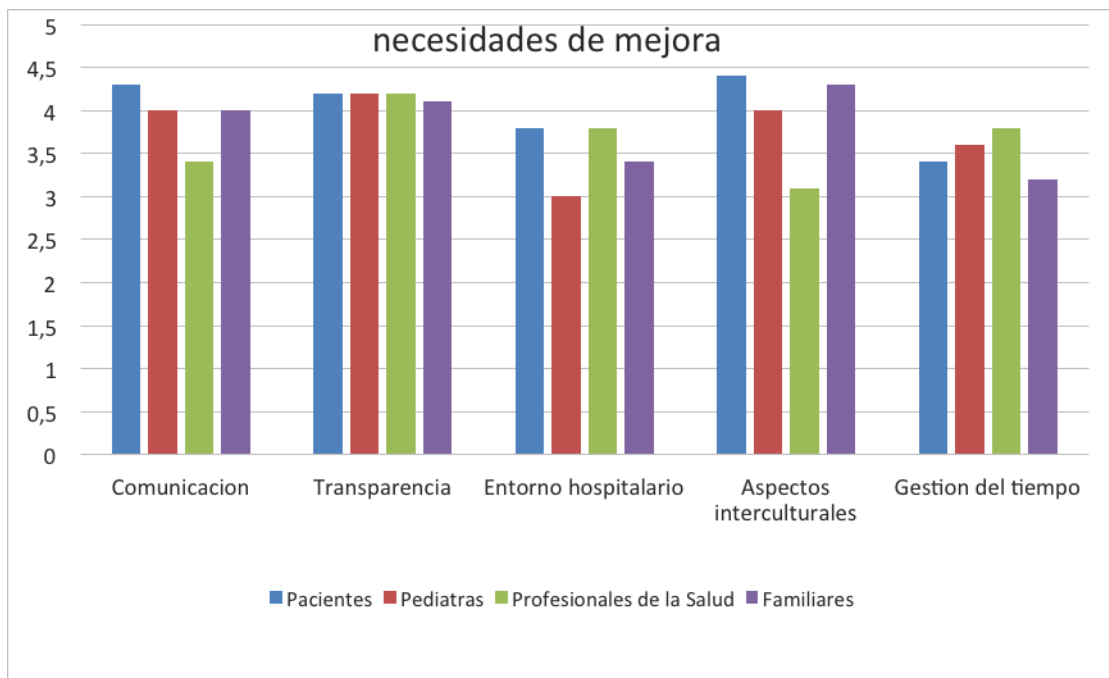


Fig. 27 Necesidades de mejora en Hungría

Las calificaciones promedio sobre la **comunicación** varían de un 3.4 (profesionales sanitarios) a un 4.3 (pacientes). Aunque la mayoría de las universidades médicas húngaras ahora incluyen algún tipo de capacitación en competencias de comunicación, este es un fenómeno bastante reciente. La mayoría de los médicos en ejercicio nunca han realizado cursos de comunicación. En consecuencia, se requiere una mayor capacitación en comunicación, especialmente para redactar los historiales médicos, cuestiones relacionadas con la comunicación intercultural, la comunicación con padres "problemáticos", técnicas de entrevista adaptadas a pacientes más jóvenes y respuestas empáticas.

El promedio general sobre la **transparencia** varió entre 4.1 y 4.2. En cualquier caso, se debe garantizar un flujo de información más efectivo hacia los pacientes y familiares. También es importante involucrar en este proceso a los miembros del personal de farmacia, ya que a menudo son la última fuente de información para los pacientes con respecto a la condición y la medicación. Para optimizar la transparencia, es necesario proporcionar más información escrita al paciente pediátrico.

Las calificaciones promedio para el **entorno hospitalario** variaron de 3.0 a 3.8. Las condiciones de los hospitales húngaros se ven muy afectadas por la falta de recursos financieros que se recortaron a la asistencia sanitaria. A pesar de que los pediatras húngaros trabajan como independientes, las consultas de los pediatras todavía son mantenidas por los gobiernos locales. Los problemas de financiación deben resolverse para mejorar el aspecto y la comodidad del hospital.

En términos de **aspectos interculturales**, el promedio general oscila entre 3.1 y 4.4, lo que significa la mayor fluctuación entre los cuatro grupos de participantes en la encuesta. Las competencias de comunicación intercultural deben incluirse en la formación en comunicación con un enfoque centrado en el paciente.

El promedio general para la **gestión del tiempo** varía de 3.2 a 3.8, lo que indica que todavía hay mucho por hacer en esta área. El tiempo de espera puede parecer un factor menos significativo, pero puede tener un poderoso efecto sobre la satisfacción general del paciente. Para reducir el tiempo de espera, se debe recopilar información del paciente antes de la visita y se debe delegar más gestión documental en el personal administrativo. Aspectos como tener una encuesta diseñada para identificar los cuellos de botella en la consulta, usar mensajes seguros a través de la plataforma de servicios electrónicos de salud, teleasistencia y soluciones móviles para las esperas en consulta (donde los pacientes pueden unirse a una línea de espera virtual) también puede contribuir a desarrollar mejores prácticas de gestión del tiempo.

3.3. ITALIA

En los últimos años, ha crecido la preocupación por la sostenibilidad de los sistemas de salud en Europa. Los comités científicos y de gestión han recomendado nuevos modelos de atención. En esta encuesta, se recogieron muchos comentarios de los profesionales sanitarios para identificar las causas de las dificultades profesionales:

- organización
- gestión del conocimiento
- perspectivas.

Los aspectos más críticos que deben mejorarse según los cuatro grupos de participantes fueron:

Entorno hospitalario < gestión del tiempo < aspectos interculturales < comunicación < transparencia

Los pediatras consideran que es necesario mejorar el entorno hospitalario, seguido de la gestión del tiempo. Los pacientes y los profesionales de la salud hacen la misma distinción entre la importancia de los dos elementos. Las respuestas de los familiares subrayan las necesidades de mejora en cuestiones interculturales, así como la gestión del tiempo.

Aunque generalmente los padres/familiares tienen opiniones bastante similares a las de sus hijos sobre los cinco elementos, los padres parecen reclamar una mejor comunicación y parecen un poco menos sensibles que sus hijos al entorno hospitalario.

El personal de atención médica subraya que la mayor necesidad de mejora es la del entorno hospitalario, seguida de la gestión del tiempo y los problemas interculturales, mientras que los pediatras valoran positivamente el nivel de estos problemas.

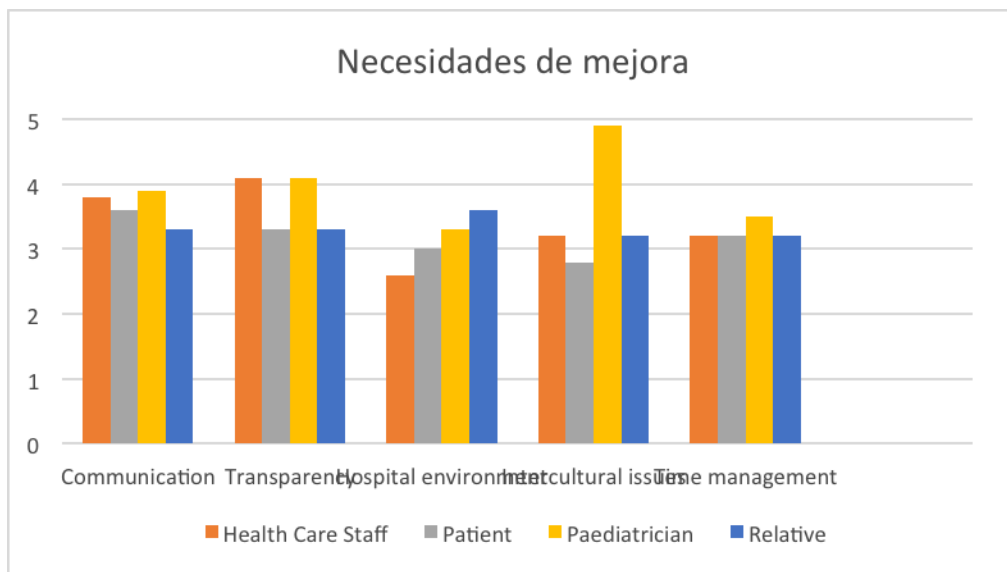


Fig. 28 Necesidades de mejora para Italia

El promedio general en **Comunicación** solo recibió una calificación de 3.3 por parte de los familiares. La comunicación debe mejorarse en opinión de los familiares: estos resultados subrayan la necesidad de mejorar las competencias relacionales para mejorar el nivel de eficacia de la comunicación.

El promedio general de **Transparencia** es el mismo en profesionales sanitarios y doctores (4.1) y más bajo para los pacientes y sus familias (3.3). El resultado más importante está relacionado con la necesidad de que los médicos y pediatras sean supervisados y respaldados por un consejero específico para garantizar el alto nivel de calidad de la atención y la relación con los pacientes y familiares. La supervisión sería una estrategia para mejorar la comunicación.

Los resultados en el **entorno hospitalario** subrayan dos necesidades, que están por debajo del valor promedio de los 3 puntos: la apariencia en el hospital (profesionales de la salud 2.4 y pediatras 2.7) y la comodidad (profesionales sanitarios 3.1 y pediatras 2.9). Como organización pública territorial, los servicios pediátricos se encuentran en todo el área local. El problema principal está relacionado con el impacto del territorio que es muy extendido y, por lo tanto, hay dificultad en los procedimientos de intercambio de información.

El promedio general sobre los **aspectos interculturales** fue muy diferente entre los pediatras (4.9) y todos los demás participantes encuestados (pacientes 2.8). Se debe prestar atención a los aspectos interculturales: las instituciones académicas que educan a los profesionales de la salud deben interactuar de manera diferente con las partes interesadas para crear sistemas de salud efectivos, eficientes y culturalmente apropiados.

En términos de **gestión del tiempo**, el promedio general es similar entre los valores de los diferentes participantes. Será importante desarrollar estrategias de comportamiento proactivo del personal y aplicar el pensamiento creativo en los procedimientos de trabajo para poder hacer frente a las necesidades de gestión del tiempo.

"Los profesionales de enfermería en ejercicio asumen la responsabilidad de la planificación y gestión del cuidado del paciente, incluida la supervisión de otros trabajadores de la salud, trabajando de manera autónoma o en equipo con médicos y otros en la atención preventiva y terapéutica. Si bien las enfermeras tradicionalmente han brindado atención a los pacientes bajo la supervisión de un médico, en muchos Estados miembros de la UE cada vez se les permite más trabajar de forma independiente como profesionales. Sin embargo, esto depende en cierta medida de sus certificaciones y niveles de formación, con una proporción cada vez mayor de enfermeras que siguen cursos universitarios hasta el nivel de grado. El número de enfermeras puede variar según las diferencias en los sistemas de atención médica. Del mismo modo, el número de enfermeras en comparación con otro personal (como los médicos) también varía entre los diferentes proveedores de atención médica, por ejemplo, entre hospitales y centros de atención de enfermería a largo plazo ". (Eurostat, Estadísticas del personal sanitario - profesionales de enfermería y cuidados, 18.01.2017)

En Italia 374.100 personas trabajan en sistemas de salud públicos y/o privados con una proporción de 615 por cada 100.000 habitantes (Eurostat, Estadísticas del personal sanitario - profesionales de enfermería y cuidados, 18.01.2017).

En nuestra organización, la edad promedio de los profesionales de la salud es 49 para las mujeres y 51 para los hombres. La Administración Pública italiana no proporciona una rotación adecuada de mano de obra.

La asistencia sanitaria se está volviendo cada vez más compleja en todo el mundo; la tecnología, los modelos de distribución, los requisitos económicos, la demografía y la epidemiología de la enfermedad están cambiando a un ritmo rápido. A pesar de los múltiples esfuerzos en definir competencias y estándares comunes que todos los profesionales de la salud deberían cumplir, ha quedado claro que los programas educativos y de capacitación deben ajustarse a las necesidades de las sociedades a las que sirven, y que las instituciones que diseñan y brindan esos programas deben ser responsable ante la sociedad por los productos que producen. Las instituciones académicas que educan a los profesionales de la salud deben interactuar de manera diferente con las múltiples partes interesadas necesarias para crear sistemas de salud efectivos, eficientes y culturalmente apropiados.

La educación médica tiene sus raíces en la universidad europea que tradicionalmente ha valorado la libertad de cátedra, la autonomía y la investigación independientemente del servicio a la sociedad y el mercado de trabajo; los esfuerzos futuros requerirán un cambio fundamental en las perspectivas y medidas de éxito para las instituciones académicas. Los resultados recientes y la transformación de las competencias es un primer paso en esa dirección, pero se deberá hacer más. En vez de ser un participante, posiblemente renuente, la academia debe convertirse en el catalizador del cambio, el centro de interacción de las partes interesadas y el terreno de cultivo para la nueva fuerza laboral de la salud (H. Thomas Aretz, *Algunas reflexiones sobre la creación de profesionales de salud que coincidan con las sociedades necesidad*, Journal Medical Teacher, Volumen 33, 2011 - Número 8).

Los cambios emergentes en la prestación de servicios de salud están teniendo un impacto significativo en la estructura de la educación de los profesionales de la salud. Hoy se reconoce que el conocimiento médico se duplica cada 6-8 años, con nuevos procedimientos médicos que surgen todos los días. Si bien la vida media de la información médica es muy corta, un médico ejerce una media de 30 años y una enfermera una media de 40 años. La educación continua representa un reto importante (Mantovani, Castelnuovo, Gaggioli y Riva, *Entrenamiento de Realidad Virtual para Profesionales de la Salud*, CyberPsychology & Behavior, agosto de 2003, Vol. 6, No. 4: 389-395). El Servicio

de Desarrollo de la Fuerza Laboral de ASLTO3 había promovido una encuesta en 2016 sobre el "Profesional 2.0" como un nuevo perfil de trabajador profesional de la salud. Los resultados subrayan la importancia de los dispositivos en el lugar de trabajo para actualizar el conocimiento, crear una red profesional, conocer la última información sobre la atención sanitaria (Presutti M., Professionista 2.0, ASLTO3: 2016).

Se ha aplicado una nueva organización de trabajo en ASLTO3: se han unificado por la administración una gran cantidad de servicios en un entorno de atención médica. Uno de los objetivos más importantes de ASLTO3 es garantizar la continuidad de la atención de los servicios de hospital en el territorio, centrando los esfuerzos en la integración de los trabajadores y la interoperabilidad del sistema de TIC.

Después del "Piano di rientro" del Ministerio de Salud, la Región de Piemonte debe contratar nuevos médicos en los Servicios de NPI y Pediatría.

3.4. ESPAÑA

El resultado principal obtenido de los datos en España es la necesidad de un nuevo modelo de equipo de atención en pediatría. Todas las dimensiones exploradas por la encuesta destacan la necesidad de compartir información, mapear las necesidades del paciente y compartir estrategias terapéuticas para mejorar los resultados. Para lograr este resultado, la función del familiar/padre en el equipo es esencial. La participación de los profesionales sanitarios en la estrategia terapéutica es una nueva tendencia de la investigación en atención médica. Otras especialidades de la medicina, como la psiquiatría o los cuidados paliativos, muestran su interés por la participación de los profesionales sanitarios en la planificación de la atención y los procesos de toma de decisiones. La creación de un equipo de atención pediátrica ubica a la familia en el corazón de la relación médico-paciente. Otro aspecto importante destacado por nuestra investigación es el papel de las enfermeras y otros miembros del personal de atención médica en la planificación de la atención, especialmente para la función desarrollada en el mapeo de las necesidades de los pacientes. La mejora de la comunicación pasa por la transparencia y los procesos de información. El equipo de atención debe involucrar a otros especialistas y familiares/padres en los procesos de toma de decisiones. Para mejorar el entorno de salud, el equipo de atención necesita una estrategia de mapeo para comprender cómo mejorar el uso de los espacios disponibles en los servicios y responder con una estrategia común promovida por el equipo de atención médica. Compartir información sobre religión, valores y antecedentes culturales es una forma de involucrar a la familia en la planificación de la atención y evitar problemas éticos y legales con los pacientes. La gestión del tiempo es un requisito para los pacientes y familiares, a pesar de que no es fácil resolver el problema estructural relacionado con los recursos humanos; la mejora de las mejores prácticas en la administración del tiempo puede ayudar a mejorar la satisfacción del paciente y los resultados terapéuticos.

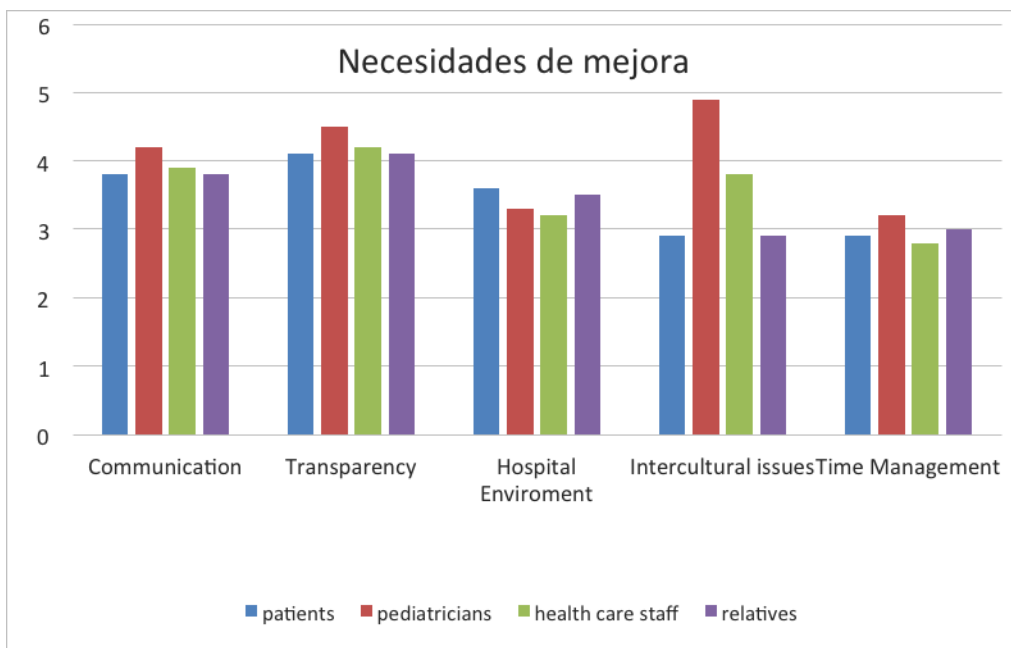


Fig. 29 Necesidades de mejora para España

3.5. ALEMANIA

Los aspectos más críticos que deben mejorarse según los cuatro grupos de participantes en la encuesta son:

Entorno hospitalario < gestión del tiempo < comunicación < transparencia
< aspectos interculturales

El promedio general de **comunicación** fue calificado por los pediatras con 3.8, por el personal de atención médica con 3.7, por los pacientes con 4.5. y por padres con 4.4. A medida que el equipo médico ve la posibilidad de mejorar, apreciarán el desarrollo y la oferta de módulos de capacitación para mejorar sus habilidades de comunicación.

El promedio general de **transparencia** osciló entre 3.6 (personal de atención médica) y 4.6 (pacientes). La baja calificación del personal de atención médica puede deberse al hecho de que las enfermeras participantes trabajan en planta y no son muy conscientes de las consultas interdisciplinarias con otros cuidadores, llamadas telefónicas a pediatras que trabajan en ambulancias y contacto con médicos de familia.

El promedio general para el apartado **entorno hospitalario** obtuvo la calificación más baja, oscilando entre 2.9-3.5, lo que requiere una adecuada modernización de los edificios antiguos del hospital universitario. En Múnich, hay planes concretos para construir un gran hospital universitario infantil moderno.

El promedio general de **aspectos interculturales** fue casi el máximo (4.8) en todos los grupos, excepto en el grupo de personal de atención médica (4.4). Esta alta calificación homogénea demuestra que el diagnóstico y el tratamiento, así como la comunicación, no están influenciados por cuestiones interculturales. Todavía se debe prestar atención a las cuestiones interculturales debido al creciente número de migrantes de fuera de la Unión Europea.

En términos de **gestión del tiempo**, el promedio general oscila entre 2.9 y 3.6. Especialmente el personal médico reconoce que el tiempo para el examen físico del niño, así como para proporcionar información oral y escrita es demasiado corto en comparación con el tiempo que el equipo médico tiene que pasar con las tareas administrativas. Además, los hospitales y la gestión del tiempo sufren recortes de personal como parte de las medidas de reducción de costes.

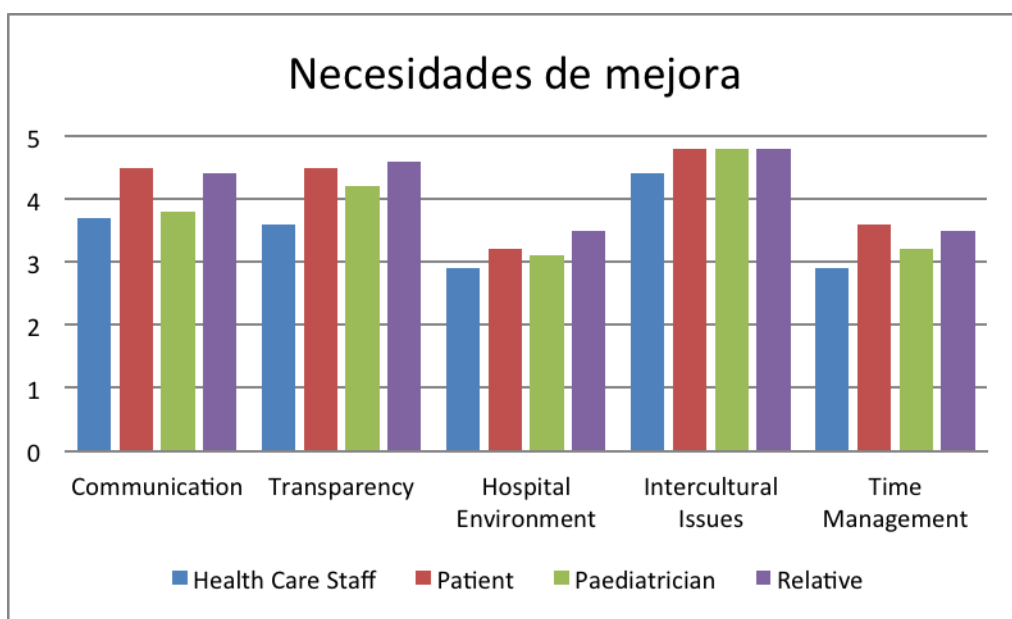


Fig. 30. Necesidades de mejora para Alemania