

Situación de la Pediatría hospitalaria

J. Casado Flores

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Universidad Autónoma de Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S 135-144

Introducción

Muchos pediatras de hospital están desmotivados y algunos sufren el Síndrome del profesional quemado. Otros, sin embargo, mantienen un alto nivel de estímulos e ilusión, a pesar de trabajar, aparentemente, en la misma situación que aquéllos. Aunque los médicos desmotivados tratan de justificar su situación responsabilizando a factores externos a ellos, principalmente a la administración sanitaria, deben de existir diferentes causas que conducen a la misma enfermedad; factores intrínsecos del individuo, factores de organización de la actividad asistencial, docente e investigadora dentro del propio hospital, falta de estímulos en la labor, factores económicos y de promoción profesional y probablemente cambios en la escala de valores del médico en los últimos años.

Diagnóstico de la situación

El diagnóstico de los problemas profesionales de los pediatras se ha realizado de la siguiente forma: 1) con los datos de una encuesta verbal y otra escrita realizadas a pediatras de hospitales de diferentes regiones de España en el año 2001; 2) revisando la bibliografía existente; 3) con las opiniones propias del autor de este manuscrito. Las encuestas podrían tener un sesgo producido por la mayor contestación de las encuestas por parte de los médicos menos quemados. Obviamente las opiniones del autor sólo representan la propia.

Los problemas de los pediatras hospitalarios son generalizados en algunos casos, pero en otros, por ser un grupo heterogéneo, difieren en función del tipo de hospital (comarcal, terciario...), del tipo de pediatra (general, especialista), del grado de actividad (sólo asistencial, asis-

tencial-docente), del nivel de responsabilidad en la escala jerárquica, de la situación laboral (fijo-interino), de la carga asistencial, tanto urgente como programada, y de la edad de los facultativos.

Envejecimiento de las plantillas. Excepto en los centros de reciente apertura, la plantilla médica de los hospitales españoles es fija, inmóvil y de edad avanzada. Las plantillas no han sido ni renovadas ni adaptadas a las necesidades actuales, estando en general sobredimensionadas, especialmente en los hospitales terciarios, universitarios o no. La edad media de los pediatras que cumplimentaron la encuesta escrita fue de 49 años (rango 36-63). Una reciente revisión sistemática ha encontrado que la edad y los años de práctica se asocian de manera inversa a la calidad de los servicios prestados¹. De 62 publicaciones que miden los conocimientos médicos o la calidad de los cuidados, y que describen la edad o el año de graduación, más de la mitad encuentran que los años de práctica producen una disminución de todas las variables que miden conocimientos o cuidados. Esto probablemente puede explicarse por la resistencia o dificultad que a veces tienen los médicos mayores a aceptar nuevas terapéuticas, procedimientos diagnósticos o nuevos estándares de cuida-

dos. Otro estudio realizado con médicos generales y de familia encontró que el 17% estaban insatisfechos con su ejercicio profesional, siendo la edad el factor personal que más influía en ello (1 de cada 4 mayores de 55 años *versus* 1 cada 10 menores de 35 años)².

La edad elevada está asociada por tanto en muchos casos al cansancio, la insatisfacción y el desgaste profesional, realidad que también se percibe en la Pediatría hospitalaria española. Esta asociación no tiene una relación directa causa-efecto; posiblemente los pediatras de mayor edad lleven soportando durante más años unas condiciones inadecuadas de trabajo y por ello, y no por la edad, estén más frecuentemente desmotivados o insatisfechos.

Movilidad. La movilidad de los médicos de plantilla de los hospitales españoles es nula. Los intentos por facilitar los cambios de centro de trabajo han creado más problemas que beneficios al haberse basado sólo en criterios de edad y no de adecuación del aspirante al perfil del puesto de trabajo.

Los puestos de trabajo son fijos y vitales, lo que actúa en muchos casos como desactivador del rendimiento, frenador del estímulo. Incluso los médicos interinos son interinos pero fijos, al permanecer en la misma situación labo-

ral de interinidad por espacio de 10-12 años; éstos tampoco tienen movilidad, ni dentro del hospital ni interhospitalaria.

Promoción profesional. Las posibilidades de promoción son mínimas o ausentes. Ni existe promoción en los puestos exclusivamente asistenciales, siendo habitual que un médico esté en el mismo puesto –por ejemplo un médico adjunto– durante 30-40 años. Tampoco existe promoción en los puestos con función docente, al estar bloqueadas las plazas asociadas o vinculadas a la universidad. Las jefaturas de servicio, sección o unidad son además de escasas, vitalicias e inamovibles, bloqueando en ocasiones injustamente las necesarias aspiraciones de los médicos más jóvenes. Es inapropiado también el tapón que realizan algunos médicos incumplidores a las promociones más jóvenes, residentes o no. La promoción profesional hacia puestos de cualquier nivel muchas veces depende más de cursos de gestión, elaboración de proyectos economicistas, que del buen hacer profesional o de proyectos de investigación, publicaciones o entrega a sus pacientes.

Actividad docente y formativa. La actividad docente y formativa, que debería ser obligatoria en un hospital, especialmente en aquellos con programa de formación de residentes (Pediatría o

médicos de Familia), es voluntaria. No existe en la actualidad ningún mecanismo que obligue ni a participar activamente en las sesiones del servicio/hospital (clínicas, protocolos, bibliográficas...) ni tampoco métodos para exigir una permanente formación. Existen algunos médicos de plantilla, a veces incluso con responsabilidad académica o jerárquica, que ni asisten ni participan en las actividades docentes ni formativas, quedándose desfasados y produciendo por ello disfunciones en el equipo. Esta negligencia, que se permite y acepta, repercute muy negativamente sobre los médicos en formación y sobre la asistencia pediátrica. Sólo dos de cada tres encuestados referían participación en las sesiones. En la actualidad estudia y enseña el que quiere, el que no se convierte en un médico negligente que incumple la parte de progreso científico que le corresponde aplicar y enseñar.

En los hospitales con médicos residentes, éstos cargan con gran parte del peso asistencial, muchas veces con escasa o nula supervisión por parte de la plantilla médica. La formación, entrenamiento y supervisión de los médicos en formación recae generalmente en residentes mayores o en médicos del *staff* sensibilizados con la docencia. La supervisión, tanto en la urgencia como en la asistencia progra-

mada, depende sobre todo de factores personales más que del nivel en el organigrama del hospital o de la universidad, si existiera. Como la ausencia de supervisión o docencia a los médicos en formación no se estimula, reconoce ni persigue, se realiza de una manera "graciable". Esto, que puede tener repercusiones tanto sobre la asistencia presente como futura, deberá ser resuelto.

Endogamia. En general, las nuevas plazas son cubiertas en los hospitales con residentes que se han formado en el mismo centro. Incluso cuando se abre una nueva unidad o especialidad, se les ofrece a los médicos del propio hospital, siendo excepcional que se busque al más idóneo de fuera del centro. La endogamia y el amiguismo impiden la libre competencia, enriquecedora para la formación y entrenamiento de los médicos jóvenes. Éstos se desaniman cuando comprueban que su futuro depende más de estos factores que de su esfuerzo.

Escasez de estímulos. La ausencia o escasez de estímulos es constante en una buena parte de los pediatras hospitalarios. En la encuesta realizada dos de cada tres pediatras no se sienten estimulados por sus jefes/superiores/directores. La pregunta ¿te gratifica algún otro estímulo profesional? es contestada masivamente por: mis pacientes (90%), recono-

cimiento por mis colegas (30%), publicaciones (23%). La encuesta verbal y la impresión del autor de la ponencia consideran que el sistema sanitario no estimula en ninguna de sus formas (reconocimiento explícito del trabajo bien realizado, política de ascenso, repercusión económica), ni el esfuerzo ni la dedicación real, ni el rendimiento asistencial o docente. El estímulo profesional no lo generan aquellos que deberían estar obligados a hacerlo (jefes, directores, institución) sino que lo produce la propia satisfacción personal del trabajo bien hecho. Por ello muchos médicos no se encuentran identificados con su hospital, pero sí con sus pacientes. Algunos médicos, los que no consiguen percibir esta satisfacción, pueden entrar en un proceso de aburrimiento, desgana, desmotivación y abandono que les conduce a la depresión del síndrome del profesional desgastado.

Salario. Algunos médicos se sienten mal pagados (50%) pero otros se consideran suficientemente remunerados (40%). Muy pocos manifiestan estar muy mal pagados (16%). Dos de cada tres se quejan de que no existe una relación entre el rendimiento y la remuneración. Algunos se consideran fracasados al no haber conseguido el estatus económico y social al que aspiraban, o un estatus similar al de otros profesio-

nales de su entorno. No es seguro, sin embargo, que el aumento salarial por sí solo consiguiera mejorar la actitud y el rendimiento de los que se consideran "muy mal pagados" o mal pagados. Se necesitan otros estímulos, además del económico, tales como promoción profesional. Probablemente se precisan también correctivos que impidan el fenómeno del parasitismo.

Medios y recursos. Aunque algunos se quejan de no disponer de medios suficientes para realizar correctamente la asistencia, la realidad es que los servicios de Pediatría de los hospitales españoles tienen dotación y medios para realizar el diagnóstico y tratamiento de cualesquiera de las patologías pediátricas. Cuando el hospital carece de alguno de estos medios, es posible y fácil concertarlo con otro centro de referencia. En la encuesta, el 93% refiere tener "muchos" o "casi todos" los medios (diagnósticos y terapéuticos) para desarrollar su trabajo. A la pregunta ¿el hospital te da facilidades para estudiar a tus pacientes (libros, revistas, acceso a bases de datos) contestan "bastante o mucho" (60%) y los restantes (40%) "poco o muy poco". La pregunta ¿utilizas estos medios? es contestada "mucho o bastante" (80%). En conclusión, los hospitales españoles están bien dotados para realizar su función

asistencial y sus facultativos utilizan, aquellos que los utilizan, los medios que para el estudio disponen los centros.

Organización del trabajo. En general, la organización del trabajo no es la adecuada, siendo la misma que hace una o varias décadas. Ni las plantillas ni los organigramas ni las cargas de trabajo han sido modificadas, persistiendo en muchos casos como en el pasado. Esto hace que algunas unidades estén desbordadas por la demanda asistencial, mientras que otras apenas tienen presión asistencial. En los hospitales terciarios, las unidades dedicadas a la pediatría general han visto disminuir continuamente su demanda asistencial debido a tres razones: 1) cambio en la epidemiología de la patología pediátrica, disminuyendo o desapareciendo enfermedades tributarias en el pasado de hospitalización (deshidratación, raquitismo, etc.). 2) Cambio en el modelo asistencial, que permite que la Pediatría Primaria resuelva satisfactoriamente, sin necesidad de hospitalización, gran parte de las patologías infecciosas, metabólicas, respiratorias y digestivas. 3) Tendencia mundial a reducir la hospitalización pediátrica potenciando la asistencia primaria y la hospitalización domiciliaria.

Aunque en los hospitales terciarios la pediatría general ha quedado muy mer-

mada habitualmente, su plantilla no ha sido reducida en la misma proporción. Muchos pediatras hospitalarios no han sabido, no han podido o no han querido adaptarse a las nuevas necesidades asistenciales que demandan mayor especialización. En consecuencia, aquéllos se han quedado en algunos centros con pocos pacientes, funciones y utilidad.

Contrariamente, en estos mismos hospitales las especialidades pediátricas están a menudo desbordadas de pacientes y demandan espacios, recursos y plantilla que les permitan cubrir las necesidades de asistencia y de puesta en marcha de nuevas técnicas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos.

En resumen, a algunos pediatras hospitalarios les sobra tiempo y a muchos (66%) les falta. El 73% de los encuestados se quejan de "mala organización asistencial". En general, en estos grandes hospitales los más estimulados son los pediatras especialistas y los menos los generalistas.

Síndrome del profesional quemado. Al síndrome del profesional desgastado o quemado (síndrome *Burnout*) se le atribuye la desmotivación que sufren muchos profesionales. La pregunta ¿te consideras quemado?, definido como estar cansado, decepcionado del trabajo, en ocasiones deprimido, fue contes-

tada "bastante o mucho" por el 30%, "poco quemado" 47%, "nada quemado" 23%.

El *Burnout* se caracteriza por cansancio emocional (pérdida de energía, agotamiento, fatiga), despersonalización (cambio negativo de actitud, irritabilidad, pérdida de motivación por el trabajo, incompetencia personal) y falta de realización personal manifestada por respuesta y sentimientos negativos hacia uno mismo y hacia su trabajo^{3,4}. Los afectados tienen alteraciones emocionales y conductuales, psicosomáticas y sociales, pérdida de la eficacia laboral y alteración de la vida familiar. Además tienen un alto nivel de absentismo laboral tanto por problemas físicos como psíquicos, siendo frecuente la depresión.

El síndrome del desgaste profesional es frecuente en el personal sanitario, especialmente entre los médicos especialistas. En un estudio realizado en España⁵ se encontró que el cansancio emocional y la falta de realización personal fueron más frecuentes en los médicos mayores de 44 años y en los que tenían mayor antigüedad en el mismo puesto de trabajo (11-19 años), situación que caracteriza a gran parte de los pediatras hospitalarios. Otro estudio en nuestro medio ha mostrado que la menor realización personal se encontró en la cate-

goría de médico adjunto, teniendo todos los niveles asistenciales mayor afectación de desgaste que en otros países (Estados Unidos)⁶. En pediatras intensivistas españoles, Bustinza y cols⁷ han encontrado que más de la mitad de los encuestados tenían niveles de *Burnout* medios, especialmente en su componente de cansancio emocional, despersonalización, falta de realización personal, estaban insatisfechos con la institución para la que trabajaban y el 59% deseaban cambiar de trabajo (el 15% cuanto antes); la edad media de los intensivistas pediátricos estudiados fue de 42 años, fijos (66%), la mayoría médicos adjuntos (70%). Aunque se desconoce la frecuencia e intensidad del síndrome de *Burnout* en otros especialistas pediátricos hospitalarios, es posible que sean similares, ya que las causas que parecen conducir al síndrome son las mismas. Un estudio reciente realizado entre el personal asistencial de un hospital español (pediatras, enfermeras y auxiliares de enfermería) encontró que el 40% tenía un alto o moderado grado de desgaste profesional y el 68% un bajo grado de realización personal⁸.

El tratamiento

El tratamiento de los problemas que tienen los pediatras hospitalarios es ne-

cesario y posible, pero precisa de fórmulas imaginativas y actitudes generosas y flexibles no sólo por parte de la administración, también de los médicos. Es evidente que los médicos de hospital necesitan un sistema de incentivos que sea equitativo, proporcionado al esfuerzo y dedicación al trabajo, satisfactorio y ajustado a los recursos disponibles.

- **Adecuar las plantillas a las necesidades.** Las plantillas y los organigramas deben adaptarse a las necesidades actuales, aumentando en algunos casos el número de plazas, disminuyéndolo en otras. En estos casos deberán crearse mecanismos que faciliten la movilidad voluntaria basada en la necesidad buscando el perfil profesional adecuado a las nuevas plazas, y no basado en la antigüedad. La movilidad debería ser siempre que sea posible voluntaria y no traumática.
- **Crear unidades funcionales.** Ni la pediatría general ni las especialidades pediátricas pueden en muchos casos resolver los problemas asistenciales y formativos de los niños y sus familias, fundamentalmente el de las patologías crónicas. Algunas enfermedades precisan de una

asistencia multiprofesional que genera no sólo mejor calidad asistencial, también mayor grado de satisfacción entre los profesionales encargados de prestarla y los usuarios. Unidades específicas de fibrosis quística, diabetes, epilepsia, Síndrome de Down, sindromología, parálisis cerebral, patología social, etcétera. formadas por pediatras especializados y pediatras generalistas, enfermeras, fisioterapeutas..., están dando excelentes resultados tanto en España como en otros países.

- **Evitar puestos vitalicios.** Los puestos vitalicios conducen en cualquier actividad profesional a la inoperancia e ineficacia. Los pediatras responsables de los servicios, secciones o unidades deberían serlo sólo mientras sus funciones y responsabilidades sean ejercidas. Estas funciones, que pueden medirse y por tanto compararse, podrían utilizarse como único criterio para acceder o abandonar responsabilidades y cargo. La medida del rendimiento podría establecerse con un baremo que valore dependiendo del puesto, dedicación, organización, actividad asistencial, actividad docente y formativa, publicaciones, grado

de satisfacción de los usuarios y de implicación en el hospital.

- **Estímulos.** El establecimiento de una política de estímulos personales, individualizados, es fundamental porque el factor humano es el que más contribuye a la calidad y coste de la asistencia pediátrica. Todos los facultativos necesitan de un estímulo que no siempre es económico, como el reconocimiento de su labor, el ascenso profesional, la obtención de fondos para la investigación o para la mejora de sus habilidades y conocimientos. Los profesionales que trabajan más y mejor deben tener un reconocimiento explícito.
- **Carrera profesional.** Es un sistema de promoción profesional que se viene aplicando en los últimos años en algunos hospitales de algunas comunidades autónomas (Madrid y Cataluña) estando en otras en fase de estudio o implantación. Su objetivo es conseguir un sistema de incentivación profesional, promocionar la calidad del hospital y distribuir más equitativamente la masa salarial. Aunque deberá haber un mismo sistema de incentivación o carrera profesional en todas las comunidades autónomas, en la ac-

tualidad existen dos sistemas diferentes. En un futuro próximo podrían existir tantas carreras profesionales como comunidades autónomas existen en España, hecho que podría impedir la homologación de niveles profesionales en todas las regiones españolas. Sería deseable que la carrera profesional como sistema de incentivación profesional fuese justa, homologable en todos los hospitales y acreditable, que facilite la movilidad, irreversible y lógicamente retribuida. Hasta ahora en Barcelona y Madrid existen 4 niveles: adjunto o especialista, senior, consultor, y máster o consultor senior. El sistema es voluntario, por tanto hay que solicitarlo. El nivel I (especialista) es concedido automáticamente a todos los médicos que lo solicitan después de llevar un tiempo de contrato como especialista (en Cataluña más de un año, con más del 75% de la jornada máxima anual de 1.314 horas). El nivel I lleva incorporado un sobresueldo correspondiente aproximadamente al de médico adjunto más el complemento de exclusividad. El nivel II o senior se consigue después de llevar un tiempo en el ni-

vel anterior (4 años en Madrid, 7 en Cataluña) y pasar una evaluación. El nivel III o consultor puede solicitarse después de un período en el nivel anterior (11 años en Madrid, 7 en Cataluña) y superar una evaluación. El máximo nivel IV (máster o consultor senior) puede conseguirse después de 7 años y pasar una evaluación.

Las evaluaciones las realiza una comisión formada por la dirección del hospital y representantes de los médicos y valora la labor asistencial, docente e investigadora con un peso diferente en función de la categoría o nivel al que se pretende acceder.

En Cataluña sólo el nivel I (especialista) es consolidable. Los demás niveles pueden ser suprimidos. El tiempo de aplicación de la carrera profesional es tan corto que precisa de la experiencia de los años para perfeccionarlo. Aunque es corta la experiencia de la implantación de la carrera profesional, existe un moderado optimismo en los hospitales en donde se ha aplicado. En la actualidad cada comunidad autónoma está estudiando la implantación de su carrera profesional.

En resumen, los pediatras de los hospitales españoles, generalistas o especialistas, tienen una serie de problemas relacionados básicamente con la falta de estímulos y promoción profesional, inadecuada organización del trabajo hospitalario, con falta de identificación con su centro y ausencia de movilidad, lo que les conduce con frecuencia a un cuadro de agotamiento y déficit de autoestima llamado síndrome de desgaste profesional que repercute negativamente sobre su salud y también sobre la

asistencia pediátrica. La prevención de esta situación de desgaste y la implantación de medidas de incentivación y promoción profesional a través de la carrera profesional, la adaptación de las plantillas a las necesidades reales, la posibilidad de movilidad en los puestos de trabajo y la participación en la organización de la actividad hospitalaria pueden permitir la solución de los graves problemas que afectan a gran parte de los pediatras hospitalarios.

Bibliografía

1. Choudhry NK, Fletcher R, Soumerai SB. Systematic Review: The relationship between clinical experience and quality of health care. *Ann Intern Med.* 2005;142:260-273.
2. DeVoe I, Fryer Jr GE, Hargraves JL, et al. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *J Fam Pract.* 2002;51:223-228.
3. Maslach C, Burnout A. A social psychological analysis. En: Jones JW. *The Burnout Syndrome.* California: Berkley University of California; 1981.
4. Mingote Adan JC. Síndrome de *Burnout* o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continuada.* 1998;5:493-509.
5. Atance Martínez JC. Aspectos epidemiológicos del Síndrome de *Burnout* en personal sanitario. *Rev Esp Salud Pública.* 1997;71:293-303.
6. Hidalgo Rodrigo I, Díaz González RI. Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del Síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada del Insalud de Ávila. *Med Clin (Barc).* 1994;103:408-412.
7. Bustinza Arriortua A, López-Herce J, Carrillo Álvarez A, Vigil Escribano MD, de Lucas García N, Panadero Carlavilla E. Situación de *Burnout* de los pediatras intensivistas españoles. *An Esp Pediatr.* 2000;52:418-423.
8. López Franco M, Rodríguez Nuñez A, Fernández San Martín M, Marcos Alonso S, Martínón Torres F, Martínón Sánchez JM. Síndrome de desgaste profesional en el personal asistencial pediátrico. *An Pediatr (Barc).* 2005;62:248-251.

