

# 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:S135-144*

## 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 prestados<sup>1</sup>. 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)<sup>2</sup>.

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 sobrecargadas 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<sup>3,4</sup>. Los afectados tienen alteraciones emocionales y conductuales, psicósomáticas 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 España<sup>5</sup> 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 categoría de médico adjunto, teniendo todos los niveles asistenciales mayor afectación de desgaste que en otros países (Estados Unidos)<sup>6</sup>. En pediatras intensivistas españoles, Bustinza y cols<sup>7</sup> 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 personal<sup>8</sup>.

### **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 incentivar 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.



# Necesidades de pediatras de Atención Primaria

J. Ruiz-Canela Cáceres<sup>a</sup>, F. Malmierca Sánchez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Pediatra de Atención Primaria. Vicepresidente Asociación Española de Pediatría (AEP).

Presidente de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap).

<sup>b</sup>Pediatra de Atención Primaria. Presidente de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP).

---

Rev Pediatr Aten Primaria. 2005;7 Supl 1:S145-155

## Resumen

*El Sistema Nacional de Salud español es descentralizado y cada comunidad autónoma tiene su propia organización. Sin embargo, el Ministerio de Sanidad es responsable de la formación y de la política de recursos humanos.*

*Nuestro objetivo es propiciar la reflexión de las autoridades sanitarias sobre la necesaria planificación del número de pediatras que se precisan para mantener el nivel actual de atención sanitaria.*

*Hemos localizado los datos en diversas publicaciones oficiales, que se han completado con la cooperación de todas las sociedades pediátricas.*

*Obtenemos 5.360 pediatras de Atención Primaria (AP) y 3.403 pediatras hospitalarios. Las plazas de médicos residentes (MIR) que se gradúan cada año tienen una tendencia ascendente en las últimas 5 convocatorias. Desde 276 plazas a 315 este año 2005, pero todavía no se alcanza la máxima capacidad docente. En febrero de 2005 faltaban 570 pediatras en AP y 138 en hospitales de la red pública. Se han estudiado las jubilaciones para los años 2005-2008 que afectarán a un número de 80 profesionales al año de media. Con los datos anteriores hemos construido un resultado compuesto que consiste en sumar los pediatras que faltan y el número de jubilaciones anual. A este producto le sustraemos el número de MIR que se gradúan y obtenemos como resultado que existe un déficit de profesionales hasta el año 2007, sin tomar en cuenta el incremento demográfico previsible.*

*Concluimos que estos datos exigen que se adopten medidas por parte del Ministerio, como incrementar el número de plazas de MIR y número de plazas de estudiantes de medicina.*

**Palabras clave:** Planificación de Recursos Humanos, Pediatras, España.

## Abstract

*The National System Health of Spain is decentralized and each Community has its own organization. The Ministry of Health is responsible for the formation and the policy of human resources. Our objective is to cause the reflection of the sanitary authorities on the necessary planning of the number of paediatrics that need to maintain the level present of sanitary care we have located the official data at diverse publication. These dates have been completed with the cooperation of all the Associations of Paediatrics. We obtain 5.360 paediatrics of primary care and 3.403 paediatrics of hospital. The numbers of resident doctors (MIR) who graduate every year have an ascending tendency in the last 5 years. From 276*

seats to 315, but still is not reached the Maximum educational capacity. In February of 2005 they lacked 570 paediatrics in primary attention and 138 in Hospitals of the public network. The retirements for the years 2005-2008 have studied that will happen in a number of 71 professionals to the year of average. With the previous data we have constructed a compound result that consists of adding paediatrics which they lack and the number of retirements annual. From this product we remove the number of MIR that graduate and we obtain that a deficit of professionals exists until year 2007, without taking into account foreseeable the demographic increase We concluded that these data demand the adoption of measures on the part of the Ministry, which they could be to increase the number of MIR seats and the number of seats of medicine students.

**Key words:** Health Services Needs and Demand, Pediatrics, Spain.

## Introducción

La planificación de los recursos humanos, en concreto en pediatría, se debe fundamentar en datos objetivos. Sin embargo, la estimación de las necesidades puede ser diferente en función del modelo asistencial que se prevea utilizar. Nuestro actual sistema sanitario, aunque lejos de ser óptimo, ha asegurado un alto nivel de prestación de servicios que es valorado en el exterior y, por lo tanto, no existe ninguna razón objetiva para modificarlo.

El marco legislativo de nuestro modelo sanitario viene definido por la Ley General de Sanidad de 1986 como un Servicio Nacional de Salud integrado, con financiación pública, cobertura casi universal y acceso gratuito. La prestación de servicios corresponde en su mayoría al sector público: esto es aplicable a los centros de asistencia primaria y al 80% de la asistencia hospitalaria. El sis-

tema de gobierno es descentralizado, y cada una de las 17 comunidades autónomas que comprenden el Estado español cuenta con su propia organización.

El gobierno central mantiene responsabilidades en ciertas áreas estratégicas como la planificación de recursos humanos, que incluyen la formación universitaria de pregrado, de postgrado y las políticas de recursos humanos del personal funcionario<sup>1</sup>.

Nuestro trabajo pretende servir de reflexión pública desde los autores para que los responsables reales de la planificación sanitaria perciban la preocupación de los pediatras sobre el deterioro que supone para el actual modelo sanitario no realizar estimaciones precisas y correcciones en su política de recursos humanos para que sea posible mantener los niveles de prestaciones actuales.

El objetivo principal de nuestro estudio es estimar el número de pediatras

existentes de AP y hospitalaria en el país y concretar con la mayor precisión posible el número de pediatras que faltan y su distribución

## **Material y métodos**

Para realizar este trabajo nos hemos encontrado con muchas dificultades consecuencia de la multiplicidad de servicios públicos, ausencia de registro de profesionales a nivel nacional y datos incompletos en las distintas bases de datos.

### **Las fuentes de datos principales han sido:**

- Datos demográficos del Instituto Nacional de Estadística<sup>2</sup>.
- Atlas del Ministerio de Sanidad<sup>3</sup>.
- Estadísticas de las comunidades autónomas<sup>4-7</sup>.
- Anuario *El Médico*<sup>8</sup>.
- Convocatorias MIR<sup>9-13</sup>.
- Base de datos de pediatras miembros de la Asociación Española de Pediatría (AEP).

### **Actualización de los datos**

Por mensajería y carta personalizada en el primer trimestre del año 2005. Se solicitó al Ministerio de Sanidad y a las distintas comunidades autónomas los datos disponibles de:

- Censo de población menor de 15 años.
- Número de plazas de pediatría de AP.
- Número de plazas no cubiertas por especialistas.
- Número de plazas de pediatría hospitalaria.
- MIR de las convocatorias desde el 2001 hasta el 2005.
- Jubilaciones en los años 2005, 2006, 2007, 2008.
- Aplicación de la jubilación a los 65 años.

Estos datos también se solicitaron a todas las sociedades de la AEP, la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP), Sindicatos y Organización Médica Colegial.

### **Unificación de los datos**

Una vez recopilados los datos se realizó una depuración inicial de los mismos y corrección de los datos duplicados con estos criterios que se detallan a continuación:

En los datos del censo de población y pediatras hospitalarios hemos utilizado los datos del INE correspondientes a 2001.

Sobre el número de pediatras de AP, hemos considerado en primer lugar el

dato del número de pediatras de AP que aportaban los servicios públicos; sin embargo, la tasa de respuesta de los mismos ha sido muy baja. No ha respondido el Ministerio de Sanidad y sin embargo nos han enviado sus datos algunos servicios públicos autonómicos: Canarias, Castilla y León, Valencia, Navarra, País Vasco, La Rioja, Extremadura y Ceuta. Al no disponer de esos datos en las restantes comunidades hemos utilizado los que han aportado las sociedades regionales de la AEP, AEPap y SEPEAP. Hemos procedido de forma similar para el caso de las jubilaciones.

Los datos de pediatras de las convocatorias MIR corresponden a los publicados para las distintas convocatorias; no se ha considerado en este estudio el posible cambio de especialidad o abandono.

## Resultados

### Número de pediatras de AP

Hay 5.360 pediatras de AP en todo el país, según nuestros datos distribuidos por las distintas comunidades autónomas según se puede comprobar en la Tabla I.

Esto significa una razón de 1 pediatra de AP por cada 1.134 habitantes menores de 15 años. Ceuta y Melilla serían

las comunidades autónomas con un índice más elevado y Navarra la que tendría el menor. Mantener un índice óptimo de 1 pediatra por cada mil supondrá una cifra total de 6.080 pediatras, faltarían pues 720 pediatras para llegar a las cifras adecuadas que estiman las sociedades profesionales. También existe un número de pediatras, denominados de área, que se desplazan en zonas rurales y que suman 298 en todo el territorio español según los datos que dispone-

**Tabla I. Número de plazas de pediatría de AP**

Comunidades autónomas	N.º plazas	Ratio
Andalucía	966	1.340,6
Aragón	143	1.074,0
Asturias	121	907,3
Baleares	114	1.249,2
Canarias	186	1.635,2
Cantabria	70	943,9
Castilla y León	231	1.283,4
Castilla-La Mancha	193	1.473,7
Cataluña	918	975,4
Comunidad Valenciana	607	1.046,5
Extremadura	124	1.413,3
Galicia	356	911,4
Madrid	760	1.039,3
Murcia	172	1.237,6
Navarra	92	849,3
País Vasco	258	968,4
La Rioja	33	1.107,7
Ceuta	9	1.738,9
Melilla	7	2.208,1
<b>Suma Total</b>	<b>5.360</b>	<b>1.134,4</b>

\* Ratio: habitantes menores de 15 años por cada pediatra de AP.

### Número de pediatras en hospitales

Según los datos del propio Instituto Nacional de Estadística el número de pediatras en hospitales sería de 3.403 en el año 2001<sup>1</sup>.

Número de MIR en las distintas convocatorias y su distribución por CC.AA. En las distintas convocatorias MIR desde el año 2001 se han convocado 276 plazas en el año 2001 y 315 en el año 2005, un incremento de 65 plazas en este último año disponible<sup>7-10</sup>. Sin em-

bargo, existe todavía posibilidad de incrementarlos hasta alcanzar 325 plazas sobre el total de acreditados<sup>10</sup> (Tabla II).

### Número de pediatras que faltan en AP y hospitalaria a marzo de 2005 en plazas dotadas

En el corte de fecha de marzo de 2005 que hemos realizado faltan pediatras de AP en un número de 570 para AP y 138 a nivel hospitalario. No disponemos de datos en Galicia, pero eso re-

**Tabla II.** Número de plazas MIR convocadas en las convocatorias 2001 a 2005 y capacidad máxima docente

Convocatorias	2001	2002	2003	2004	2005	Capacidad máxima
Andalucía	45	45	46	54	54	54
Aragón	14	6	14	14	14	14
Asturias	7	6	6	5	5	7*
Baleares	3	3	3	4	5	5
Canarias	6	8	9	9	9	9
Cantabria	5	5	5	5	5	5
Castilla y León	19	19	19	19	20	20
Castilla-La Mancha	3	3	3	4	6	6
Cataluña	23	23	23	44	46	48*
Comunidad Valenciana	30	30	33	37	37	37
Extremadura	6	6	6	6	6	6
Galicia	12	12	12	10	13	18*
Madrid	48	48	48	56	61	62*
Murcia	6	6	6	6	6	6
Navarra	10	2	2	2	4	4
País Vasco	11	15	20	20	20	20
La Rioja	2	2	2	2	2	2
Plazas concertadas	16	34	36	2	2	2
<b>TOTAL</b>	<b>276</b>	<b>279</b>	<b>288</b>	<b>293</b>	<b>315</b>	<b>325</b>

\* Comunidades que no alcanzan la máxima capacidad docente

presenta un déficit del 10,6%. Ver en la Tabla III los datos desglosados por comunidades.

### Jubilaciones a los 65 años

En España se aplica la jubilación obligatoria a los 65 años en 3 comunidades en el momento de escribir esta comunicación y en las restantes hasta las 17 totales existe la opción de prolongar la actividad hasta los 70 años. Según los datos que obtenemos de la encuesta realizada, esto supone un número entre

82 pediatras jubilados del año 2005 y 72 en el año 2008. Se trata de datos que obtenemos a partir de su fecha de nacimiento.

### Número de pediatras que faltan para cada año

Para realizar nuestra valoración de necesidades hemos formulado un resultado compuesto para el año 2005: cifra de MIR que comenzaron la especialidad en la convocatoria MIR 2001 y finalizan en el año 2005, le restamos las jubilaciones y el número de pediatras que faltan por cada comunidad autónoma.

En los datos de años sucesivos hasta el 2008 a este resultado le añadimos el número de MIR que entran y restamos las jubilaciones anualmente. Este resultado nos da idea del pronóstico de lo que va a suceder en los próximos 4 años y los resultados muestran un resultado negativo hasta el año 2008, que significa falta de profesionales (Tabla V).

**Tabla III.** Numero de pediatras que faltan en AP y Hospitalaria

Comunidades Autónomas	Faltan en AP	Faltan en Hospital
Andalucía	144	-
Aragón	32	6
Asturias	2	-
Baleares	36	8
Canarias	66	17
Cantabria	0	0
Castilla y León	1	-
Castilla-La Mancha	57	-
Cataluña	16	-
Comunidad Valenciana	100	0
Extremadura	21	71
Galicia	-	-
Madrid	28	-
Murcia	38	6
Navarra	14	10
País Vasco	6	12
La Rioja	4	5
Ceuta	5	3
Melilla	-	-
<b>TOTAL</b>	<b>504</b>	<b>67</b>

### Comentarios

En estudios previos realizados en el año 2000 se alertaba sobre la posible plétora de médicos en nuestro Sistema Nacional de Salud<sup>14,15</sup>. Sin embargo, los datos que aporta el estudio de la Fundación CESM sobre Demografía Médica en España<sup>16</sup> contradicen lo anteriormen-



**Tabla IV.** Jubilaciones de pediatras previstas

	<b>Año 2005</b>	<b>Año 2006</b>	<b>Año 2007</b>	<b>Año 2008</b>
Andalucía*	17	17	20	12
Aragón*	3	7	6	3
Asturias	3	0	1	0
Baleares	1	3	6	2
Canarias	3	7	4	4
Cantabria	3	2	0	1
Castilla y León	3	4	3	7
Castilla-La Mancha	2	5	6	8
Cataluña*	10	6	13	7
Comunidad Valenciana	27	19	14	13
Extremadura	1	1	2	1
Galicia	-	-	-	-
Madrid	-	-	-	-
Murcia	2	6	2	4
Navarra	3	3	2	6
País Vasco	4	4	4	3
La Rioja	0	1	1	1
Ceuta	0	0	0	0
Melilla	-	-	-	-
	<b>82</b>	<b>85</b>	<b>84</b>	<b>72</b>

\* Jubilación obligatoria a los 65 años de edad.

te expuesto y vienen a manifestar un cambio de tendencia, que es muy posible que se manifieste en los próximos años en carencias globales. Esta consideración nos parece de interés porque el incremento del número de estudiantes, sin menoscabo por supuesto de una adecuada calidad docente, se concretaría dentro de unos 10-12 años; entonces las cifras de jubilaciones serían mayores que en la actualidad. En los datos de la AEP se comprueba que un gran número de profesionales (47%), tienen entre 45-60 años (Figura 1).

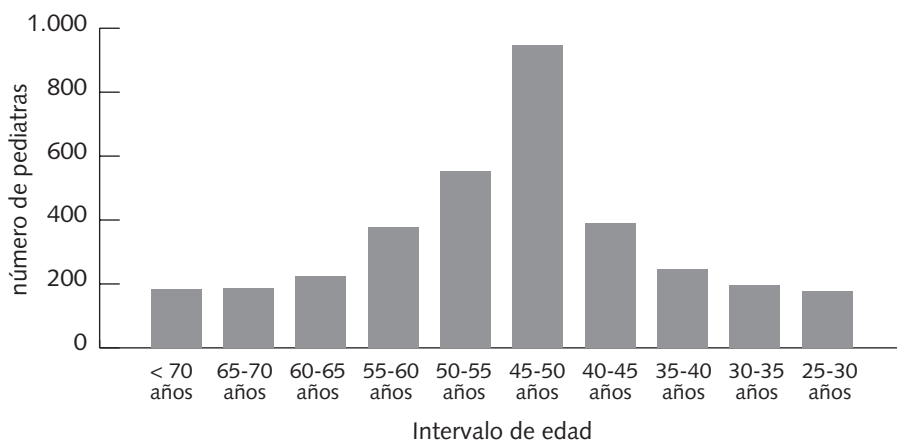
En ese mismo estudio se apunta otra tendencia: la irregular distribución de profesionales entre las distintas comunidades autónomas. Disponen de mejores índices aquellas que tienen un mayor potencial formativo y menores aquellas que no lo tienen. La Ley General de Sanidad establece como competencia para el Ministerio de Sanidad la planificación global de los recursos sanitarios y que se debe de ejercer para ayudar a corregir los desequilibrios, promoviendo incentivos que faciliten la ubicación de profesionales en las zonas peor

**Tabla V.** Estimación de las necesidades de pediatras.

Fórmula para año 2005: MIR del año 2001 - pediatras que faltan + jubilaciones del año 2005. 2006 y así sucesivamente: MIR del año 2002 - Producto de la fórmula anterior + jubilaciones del año 2006

Resultado	Año 2005	Año 2006	Año 2007	Año 2008
Andalucía	-116	-88	-62	-20
Aragón	-27	-28	-20	-9
Asturias	2	8	13	18
Baleares	-42	-42	-45	-43
Canarias	-80	-79	-74	-69
Cantabria	2	5	10	14
Castilla y León	15	30	46	58
Castilla-La Mancha	-56	-58	-61	-63
Cataluña	-3	14	24	61
Comunidad Valenciana	-97	-86	-67	-43
Extremadura	-88	-84	-80	-75
Galicia	12	24	36	46
Madrid	20	68	116	172
Murcia	-40	-40	-36	-34
Navarra	-17	-18	-18	-22
País Vasco	-11	0	16	33
La Rioja	-7	-6	-5	-4
Ceuta	-8	-8	-8	-8
Melilla	0	0	0	0
Plazas MIR concertadas	16	50	86	88
Resultado global	-514	-320	-116	105

**Figura 1.** Distribución edades Pediatras



servidas. Y todo ello sin renunciar al principio de libre movilidad en todo el territorio español. Una aplicación localista y estricta de prolongación de la edad laboral cuando lleguen las vacas flacas es una discriminación interregional que debe minimizarse en la medida de lo posible.

En nuestro país la aplicación estricta de la jubilación a los 65 años ha sido variable y ello ha contribuido a poner de manifiesto carencias que ya existían en algunas comunidades autónomas, sobre todo en Pediatría.

Aunque las cifras de pediatras de AP no admiten comparación con otros sistemas públicos europeos, nuestros datos confirman que faltan pediatras para la cobertura de suplencias y muchas plazas no están cubiertas por médicos especialistas en Pediatría.

En Pediatría las sociedades profesionales son firmes partidarias de la ubicación del pediatra en AP, que creemos posible con pequeños incrementos de la dotación de plazas MIR, según nuestros datos sobre el 5-10% del total en los próximos años, consolidando e incrementando la tendencia iniciada en la convocatoria 2005, hasta llegar a la máxima capacidad docente. En este foro todas aquellas personas con responsabilidad en dicho tema, desde el Ministerio

de Sanidad, Educación y la Comisión Nacional de la Especialidad, deben considerar que la prestación de dicho servicio está muy bien valorado por la población y los resultados globales en salud también lo muestran. En nuestro estudio, la pediatría de AP tiene en algunas comunidades autónomas en este momento déficit de profesionales, lo que hace necesario adoptar medidas inmediatas. Sobre el total de profesionales de 8.751 pediatras hospitalarios y de AP faltan un 10,6%, que serían un número alto pero asumible con un incremento de las plazas de MIR en Pediatría. Este incremento en el postgrado acompañado de incentivos para la movilidad a zonas con carencias es una decisión que debería adoptarse de forma inmediata. El pequeño incremento en las últimas convocatorias es insuficiente. También se podrían estudiar medidas de captación de recursos fuera de nuestras fronteras como ha sucedido en otras especialidades médicas de manera coyuntural.

## Conclusiones

La necesidad de profesionales es un elemento fundamental en la política de recursos humanos de un sistema público. Para definir un horizonte a largo plazo, se debe tomar en consideración el

asegurar una adecuada prestación de servicios.

Nosotros creemos que se deben adoptar por las universidades medidas que atenúen la fuerte selectividad de los últimos años, asegurando la calidad docente.

En Pediatría por parte del Ministerio y las comunidades autónomas se deben incrementar el número de plazas MIR a la máxima capacidad docente e incluso propiciar una mayor acreditación de plazas sin afectar a la calidad docente del postgrado MIR.

### **Agradecimientos y proyectos**

Queremos manifestar nuestro agradecimiento a todas las comunidades autónomas que han respondido a nuestra encuesta, a los presidentes de las socie-

dades regionales de la Asociación Española de Pediatría y a los vocales de la AEPap y de la SPEAP por su colaboración en este estudio.

Es nuestra idea seguir avanzando en esta línea, continuar recopilando datos, y hemos establecido un convenio de colaboración con la Fundación CESM, compartiendo información, para poder en el futuro hacer públicos estudios más detallados que se concretarían en una monografía específica de las necesidades de Pediatría.

En el seno de la AEP y de sus sociedades de AP estos datos deben llevar a realizar una reflexión y un estudio de las expectativas de sus profesionales y con ello elaborar un plan estratégico para dar alternativas a la situación planteada.

---

### **Bibliografía**

1. Rico A, Sabes R. Sistemas sanitarios en transición 2001. Observatorio Europeo de Sistemas Sanitarios; 2001

2. Instituto de Información Sanitaria. Atlas de la Sanidad en España. 15-10-2004. [Fecha de acceso 2005 abr 15]. Disponible en [www.msc.es/Diseno/sns/sns\\_sistemas\\_informacion.htm](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm)

3. Atlas de la Sanidad en España. Instituto Nacional de Estadística. Padrón 1 de enero 2002. [Fecha de acceso 2005 abr 15]. Disponible en

[www.msc.es/Diseno/sns/sns\\_sistemas\\_informacion.htm](http://www.msc.es/Diseno/sns/sns_sistemas_informacion.htm)

4. Servicio Andaluz de Salud. Memoria 2003. [Fecha de acceso 15-4-2005]. Disponible en [www.juntadeandalucia.es/salud/](http://www.juntadeandalucia.es/salud/)

5. Plantilla del Servicio Cántabro de Salud a 31-12-2004. Servicio Cántabro de Salud. [Fecha de acceso 2005 ene 5]. Disponible en [www.scsalud.es/plantilla/buscador.php](http://www.scsalud.es/plantilla/buscador.php)

6. Memoria INSALUD 2000. Instituto Nacional de la Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2001.

7. Personal de Atención Primaria de salud por áreas de salud y estamento profesional. Consejería de Sanidad de Murcia. Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica. 2000. Murcia: Consejería de Sanidad; 2005.
8. 2004 Anuario Sanidad Medicamento España. El Médico Interactivo. 2004. [Fecha de acceso 2005 mar 15]. Disponible en [www.azprensa.com/](http://www.azprensa.com/)
9. La especialización MIR por autonomías 2001. Diario Médico. 2000 sep 12. [Fecha de acceso 2005 ene 7]. Disponible en [www.diariomedico.com/profesion/prof120900combis.html](http://www.diariomedico.com/profesion/prof120900combis.html)
10. La formación MIR de 2002 por autonomías. Diario Médico. 2001 oct 1. [Fecha de acceso 2005 ene 7]. Disponible en [www.diariomedico.com/profesion/plazasmir01/home.html](http://www.diariomedico.com/profesion/plazasmir01/home.html)
11. La formación MIR de 2003, por autonomías. Diario Médico. 2002. [Fecha de acceso 2005 ene 7]. Disponible en [www.diariomedico.com/profesion/ofertamir061102.html](http://www.diariomedico.com/profesion/ofertamir061102.html)
12. Formarse como pediatra en España. La formación MIR. Asociación Española de Pediatría. 2005. [Fecha de acceso 2005 ene 5]. Disponible en [www.aeped.es](http://www.aeped.es)
13. Presidencia del Gobierno. Orden PRE/2841/2003, de 15 de octubre, por la que se aprueba la convocatoria de pruebas selectivas 2003 para el acceso en el año 2004. BOE núm. 249, 37188. 1-10-2003. [Fecha de acceso 2005 ene 5]. Disponible en [www.boe.es/g/es/boe/meses/200504.php](http://www.boe.es/g/es/boe/meses/200504.php)
14. González López-Valcárcel B. Formación y empleo de profesionales sanitarios en España. Un análisis de desequilibrios. Gac Sanit. 2000; 14(3):237-246.
15. Pedraza MV. Recursos Humanos del sistema de salud: una reforma pendiente. Med Clin (Barc). 2001;116(20):779-781.
16. Amaya C, García MA. Demografía médica en España. Mirando al futuro. Madrid: Fundación CESM; 2005.

