



Encuesta sobre la situación profesional de la Pediatría en España

S. Castaño Alegre*, I. Celaya Fernández*,
Á. Corbato García*, V. Martínez Suárez**,**

*Universidad de Oviedo. **Grupo de Investigación y actividades formativas de la SEPEAP

Conocer la realidad de la Pediatría generalista a través de la opinión de los pediatras es un aspecto clave para mejorar su organización y funcionamiento⁽¹⁾. Su exploración directa puede orientar tanto a las instituciones sanitarias como a las sociedades profesionales en la medida de los intereses del colectivo, en la elaboración de ofertas docentes y en la preparación de sus planes de objetivos y de incentivación. Va a servir también para recibir información sobre las áreas que pueden precisar coordinación, la inversión en recursos, su distribución y priorización. Puede, además, ayudar a orientar el modelo de gestión necesario, ya que serán un elemento protagonista principal del mismo: coordinan la atención clínica, deciden en buena medida el acceso al nivel hospitalario, el uso de procedimientos y el consumo de medios⁽²⁾. Este tipo de estudios, por tanto, resultan imprescindibles para poder ofrecer una mejor asistencia a los niños y a sus familias.

Al finalizar su formación especializada, el pediatra debería haber adquirido ciertos requisitos profesionales mínimos⁽³⁾. Entre ellos, tendría que haber asimilado los valores tradicionales de la medicina infantil, los fundamentos científicos de su estado actual, las actitudes y comportamientos deseables en su ejercicio y las principales referencias éticas; debería dominar la búsqueda y análisis crítico de la información, entender los principales métodos de investigación, haber interiorizado la práctica clínica y de comunicación básicas, cono-

cer los criterios que garantizan la actividad profesional confiable y la seguridad del paciente, la noción práctica de salud comunitaria, la organización del sistema asistencial y las diferentes posibilidades de orientar su ejercicio⁽⁴⁾. Todo ello podría englobarse en el concepto de competencias médicas, teóricamente situadas en el núcleo del diseño curricular⁽⁵⁾, y que son el conjunto de conocimientos, habilidades y disposiciones personales que permiten la mejor práctica médica y la más adecuada al contexto social en que se desarrolla. Pueden ser medidas para que al tiempo de ser adquiridas generen retroalimentación⁽⁶⁾; están ligadas a los aprendizajes concretos y a la forma en que estos son recuperados de la experiencia y utilizados⁽⁷⁾. Con estas referencias es fácil aceptar un modelo de formación pediátrica basado en las necesidades, de calidad, supervisado y duradero (permanente). Esta construcción lógica podría traducirse fácilmente en programas de capacitación pediátrica útiles y motivadores, que además lograrían conectar con fuerza a los profesionales con la organización y el sistema. Los directivos y gestores de los servicios deberían entender esto como algo imprescindible para la calidad, que tenga lugar exigiblemente en horario de trabajo y con la menor participación posible de empresas con otros intereses.

Dentro de esas competencias la docencia, tanto de residentes como de estudiantes y de otros profesionales que atienden a los niños, es importante para hacer la especialidad más atrac-

tiva. Además de tener voluntad para su desempeño, impartir una actividad docente de forma efectiva obliga a conocer un método de trabajo; exige una formación y la evaluación periódica de procedimientos y resultados, valorados principalmente por las unidades responsables de la actividad y a través de la opinión del discente o alumno^(8,9). Son cualidades necesarias para su ejercicio la capacidad de comunicación, ser un buen modelo clínico, transmitir la vocación por saber y la obligación de gestionar adecuadamente los recursos, además de poseer una actitud constructiva y de progreso. Para que esta docencia llegue a tener la mejor calidad posible, el pediatra asistencial que como tutor se compromete con esta responsabilidad debe ser administrativa y curricularmente reconocido por la comunidad sanitaria^(10,11).

De las otras dos dimensiones de la Pediatría extrahospitalaria que analizamos en este trabajo, la asistencial y la investigadora, es esta última la que menos se asocia al perfil clásico del médico pediatra de primer nivel. Una de las razones es, posiblemente, la creencia de que la investigación concierne más al ámbito de la medicina hospitalaria que a la ambulatoria. Por otra parte, la elevada carga asistencial a la que están sometidos los pediatras de Atención Primaria hace que suponga un esfuerzo personal muy elevado dedicarse a la investigación, puesto que carecen del tiempo extra necesario. No obstante, debe verse como una de las competencias de primer nivel en cualquier fase de su

formación^(12,13). Si entendemos la investigación como una actividad orientada a la obtención de nuevos conocimientos y su aplicación como solución de problemas de carácter científico y asistencial, podremos aprovecharla para una mejora de la práctica clínica⁽¹⁴⁾. A pesar de ello, el esfuerzo para mejorar la formación en investigación, su promoción y reconocimiento puede considerarse como escaso. Y no puede negarse que los decisivos años de residencia están enfocados casi en exclusiva al ámbito asistencial, fundamentalmente al hospitalario⁽¹⁵⁾.

Indiscutiblemente el bienestar del profesional y la identificación médico-organización son fundamentales para llegar a movilizar correctamente toda la fuerza laboral y aspirar a unos resultados óptimos⁽¹⁶⁾. Su motivación es el resultado de la relación entre las expectativas personales, el esfuerzo individual, el rendimiento obtenido y la recompensa organizativa. Por el contrario, la insatisfacción laboral se traduce en mayores niveles de desgaste y una disminución de la calidad de la atención. Esto es un problema que se prevé que vaya en aumento, debido principalmente a las condiciones laborales, al elevado número de pediatras que se jubilarán en los próximos años y a su insuficiente recambio. Solo medidas como mantener activa la bolsa de pediatras disponibles, hacer más atractiva la especialidad mediante mejora de las condiciones de trabajo en el primer nivel asistencial, posibilitar la dedicación de horas laborales a la investigación, una planificación correcta de las funciones a cubrir, la oferta de horarios que permitan una verdadera conciliación familiar, centralizar los servicios de poblaciones pequeñas evitando desplazamientos y la incentiación por objetivos o curriculares para las plazas de difícil cobertura, podrán revertir este estado⁽¹⁷⁾. Los defensores de la actual situación ven un gran potencial para confiar en una red de pediatras siempre en formación y motivados por una gran vocación; los críticos ven cantidades sustanciales de trabajo extra, burocracia y escasa dotación de recursos materiales y humanos.

Sería interesante para todos conocer qué medidas se piensan tomar y analizar prospectivamente si realmente los cambios que puedan introducirse representan una mejora en la calidad

de los servicios pediátricos. Para ello es fundamental conocer la percepción que los pediatras tienen acerca de sus condiciones de trabajo, los problemas a los que se enfrentan y, con ese punto de partida, plantear las soluciones más adecuadas. Basándonos en lo anterior, desde nuestra Sociedad nos propusimos evaluar la autopercepción que tienen los pediatras generales acerca de su realidad profesional, su labor asistencial, docente, investigadora y sobre gestión clínica. También quisimos investigar su situación actual y sus necesidades, buscando posibles puntos de mejora.

Material y métodos

Realizamos un estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima administrada a través del correo electrónico y mediante un formulario Google-docs® a profesionales que ejercen la medicina infantil o en período de formación como especialista. Fue distribuida utilizando el directorio de correos electrónicos proporcionado por la Secretaría de la SEPEAP, que cuenta con 3.456 socios. El periodo de envío-respuesta habilitado fue de un mes, siendo remitido un recordatorio a los participantes a los quince días tras el envío inicial. Se hicieron dos envíos posteriores separados un mes a aquellos pediatras que no habían abierto inicialmente nuestro mensaje.

El cuestionario recoge datos referentes a su filiación y situación laboral (propietario, interino o eventual), experiencia profesional (año de MIR o tiempo de trabajo desde la finalización de la residencia) y algunos sobre su práctica diaria (cupó, número aproximado de niños atendidos diariamente en la consulta, enfermera con dedicación exclusiva a la pediatría, compartida o no), percepción de los principales problemas laborales (consideración sobre la estabilidad en el trabajo, sueldo, movilidad, formación recibida desde la empresa), preguntándose además por asuntos relacionados con la docencia, gestión clínica e investigación⁽¹⁸⁾.

Previamente a la distribución de los cuestionarios, se realizó un estudio piloto que se hizo llegar de forma aleatoria a un total de 50 pediatras para conocer el grado de dificultad encontrado en su cumplimentación, el

tiempo necesario para llevarla a cabo y si hubiera alguna palabra, expresión o pregunta de difícil comprensión. La devolución de la encuesta completa fue considerada como criterio para incluir la información en el estudio. Fueron excluidas aquellas encuestas que no fueron debidamente cumplimentadas, devueltas en los plazos señalados y en las que no se cumpliesen los criterios de participación en el estudio.

Tras la recuperación de los cuestionarios, los datos obtenidos fueron añadidos a una hoja Excel para facilitar su organización e interpretación, realizándose un análisis estadístico descriptivo de las variables con estimación de porcentajes y cálculo de las medias, que fueron comparados utilizando la prueba "t" de Student y para las variables cualitativas el test de Chi Cuadrado y el exacto de Fisher. Para ello se usó el programa SPSS® versión 17.0 de Windows. Consideramos como significativos los valores de "p" menor de 0,05.

Los autores consideran que este estudio tiene como limitaciones principales el que sea un estudio transversal y el que se realice la captación de encuestados a través de una sociedad profesional.

Las normas de confidencialidad y respeto en relación a las informaciones obtenidas, junto con el proyecto, han sido revisadas y aprobadas por el Comité de Ética en Investigación del Principado de Asturias.

Resultados

Accedieron al cuestionario 1.501 socios y tras el tercer envío habían completado el cuestionario 1.109 (32%). El pilotaje fue respondido por 36 de los 50 destinatarios seleccionados (72%), sin que comunicasen dificultad alguna para llevarlo a cabo ni términos dudosos, con un tiempo de cumplimentación medio entre 2-3 minutos.

Del total de respuestas válidas corresponden a residentes y pediatras vía MIR un 96,9%: 20,1% (223) y 76,8% (852), respectivamente. Y reconocen no ser pediatras el 3,1% (34, de ellos 28 en centro de salud y 6 en hospital, 6 de todos ellos con plaza en propiedad), distribuidos entre Madrid (10), Cataluña (6), Valencia (4), Andalucía (3), Extremadura (3), Castilla-La Mancha (2), Castilla-León (2), Galicia (1), País Vasco (1), Islas

Tabla I. Datos de filiación de los encuestados

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Válidos	Extranjero	7	0,6	0,6
	Andalucía	143	12,9	12,9
	Aragón	39	3,5	3,5
	Canarias	55	5,0	5,0
	Cantabria	28	2,5	2,5
	Castilla y León	86	7,8	7,8
	Castilla-La Mancha	49	4,4	4,4
	Cataluña	114	10,3	10,3
	Comunidad de Madrid	182	16,4	16,4
	Comunidad Foral de Navarra	62	5,6	5,6
	Comunidad Valenciana	90	8,1	8,1
	Extremadura	23	2,1	2,1
	Galicia	50	4,5	4,5
	Islas Baleares	12	1,1	1,1
	La Rioja	4	0,4	0,4
	Melilla	3	0,3	0,3
	País Vasco	37	3,3	3,3
	Principado de Asturias	69	6,3	6,3
	Región de Murcia	56	5,0	5,0
	Total	1.109	100,0	

Baleares (1) y Navarra (1). Un 0,6% de los respondedores (un total de 7) residen actualmente en un país extranjero.

El sexo femenino predomina claramente con un 76,6% de pediatras mujeres. El 83,7% de los profesionales ejercen en un ámbito urbano (14,4% rural y 1,9% en ambos). De todos los encuestados que trabajan en el ámbito público (975 respondedores, 87,9%), el 64,1% lo hace en un centro de salud y el 15,8% en el ámbito hospitalario, el resto corresponde a residentes. Un 8,3% de quienes ejercen en el ámbito público realiza asistencia mixta en Atención Primaria y en un hospital. En cuanto al ejercicio privado, es realizado por el 12,1% (134), la mayoría pediatras que ocupan también consulta de centro de salud (7,9%), de los cuales un 4% llevan a cabo también trabajo hospitalario. Un 2,2% realizan pediatría con plena dedicación a la asistencia hospitalaria y un 2% ejercen exclusivamente la medicina

privada como consulta particular. De quienes ejercen la medicina infantil de forma privada 0,6% (7) no tienen título oficial.

De los cuestionarios válidos más de la mitad (61,8%) procedieron de seis Comunidades Autónomas: Madrid, Andalucía, Cataluña, Valencia, Asturias y Castilla-León (Tabla I).

De quienes ocupan plaza como especialista, los pediatras jóvenes representan un 45,4% del total (menos de 5 años de trabajo 20,6% y de 5 a 10 años 24,8%), siendo el grupo mayoritario el que lleva ejerciendo más de 20 años (35,7%).

El 33,4% tiene plaza en propiedad (el 46,4% son interinos y 20,2% eventuales). Si centramos el análisis de este punto en aquellas Comunidades con un mayor número de pediatras y también mayor contribución al estudio en número de respuestas válidas, el examen bivalente no encuentra diferencias significativas para este ítem entre las CC.AA. de Madrid que es del 19,8% (IC 95% 13-26,7%), Cataluña del 31,7% (IC 95% 21,6-41,8%), de Valencia 27,7% (IC 95% 16,8-38,6%), de Andalucía con el 26,2% (IC 95% 17,7-34,7%) y de Asturias del 20,9% (IC 95% 8,8-33,1%). Sin embargo, Castilla-León ofrece un porcentaje mayor que Madrid (45,2%, con IC 95% 32,8-57,5%) con significación estadística ($p = 0,012$).

Para los pediatras españoles el factor principal de la calidad del trabajo viene determinada por la estabilidad laboral (34,3%), seguido por la oferta de formación de la empresa (25,5%) y con porcentajes iguales (20,1% cada uno) los compañeros trabajos y la remuneración. Aunque no consideran como factor preponderante de la calidad de sus contratos el volumen salarial, la gran mayoría (79,2%) consideran que debería ganar más (frente al 20,8% que manifiesta estar satisfecho con su sueldo). Como dato indirecto de la satisfacción profesional, un 62,9% se iría sin dudar a trabajar a otro país o se lo ha pensado por razones salariales (5,7% y 57,2%, respectivamente), frente a 37,1% que no

Tabla II. ¿Estaría dispuesto a irse al extranjero por unas mejores condiciones salariales?

		<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>	<i>Porcentaje válido</i>
Válidos	No	4	0,4	
	Alguna vez me lo he planteado	632	57,9	57,2
	No, ni lo he pensado	411	37,1	37,1
	Sí, sin dudarlo	62	5,6	5,7
	Total	1.109	100,0	

se lo ha planteado (Tabla II). Un 25,2% se arrepiente a veces de dedicarse a la Pediatría, mientras un 71,8% no (un 3% declara sin dudar que sí) (Tabla III).

Solo el 61,9% de quienes ejercen la medicina infantil lo hacen con una enfermera con dedicación exclusiva a la pediatría, variando claramente según los territorios y siendo significativa la diferencia entre Andalucía (23,3%, IC 95% 15,1-31,5%) respecto al resto de las CC.CA.: Cataluña 69,5% (IC 95% 59,5-79,5%), Valencia 59,4% (IC 95% 47,3-71,4%) y Castilla-León 61,3% (IC 95% 49,2-73,4%) con “p” menor de 0,05. Y Asturias con porcentaje (81,4%, IC 95% 69,8-93%) significativamente mayor que Madrid con “p” menor de 0,05 (Fig. 1).

Y aunque una gran mayoría de los pediatras (75,9%) considera como ideal un cupo de usuarios entre 500 y 800, es llamativo que un porcentaje tan alto como el 18,2% considera óptimo el rango de 800 a 1.200 (Tabla IV). No existen diferencias significativas entre las CC.AA. respecto ese número de cartillas deseable (correlación de Spearman), predominando en todas ellas claramente la elección de 500 a 800 cartillas por pediatra: Madrid 69,8% (IC 95% 61,8-77,9%), Cataluña 70,4% (IC 95% 60,4-80,3%), Valencia 83,1% (IC 95% 74-92,2%), Andalucía 70,6% (IC 95% 61,7-79,4%),

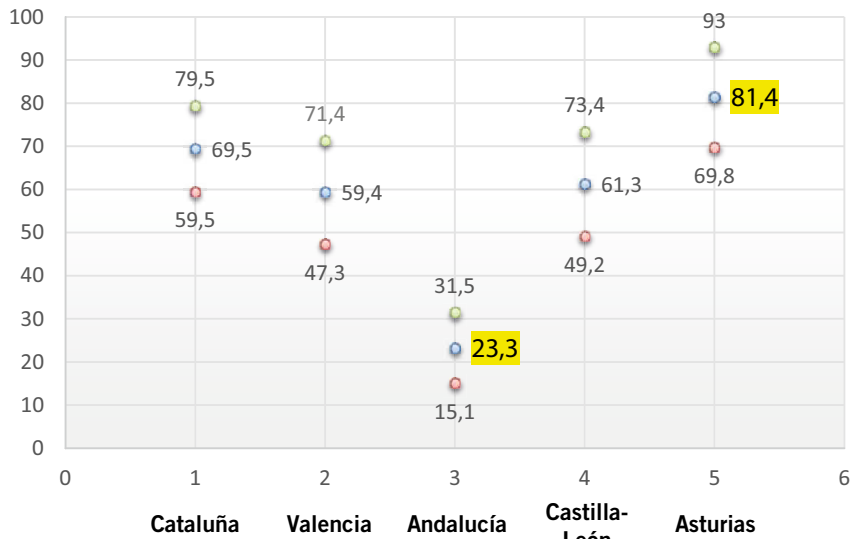


Figura 1. Enfermeras con dedicación exclusiva a la Pediatría en las principales CC.AA. del estudio.

Castilla-León 77,6% (IC 25% 66,9-88,3%) y Asturias 81,4% (IC 95% 69,8-93%). La proporción de pediatras que en estas comunidades consideran ideales otra cantidad de usuarios aparece recogida en la tabla IV. El x 98,4% de quienes participan en el estudio se asigna un nivel de preparación como pediatra alto o medio (59,9% y 38,5%, respectivamente; un 1,6% como x bajo).

El 15,8% de los pediatras generales encuestados no recibe nunca formación

por parte de su empresa y el 65,5% solo alguna vez (de manera regular solo un 18,6%), un aspecto clave de la profesión. Además, solo el 14,3% cree que se le ofrece principalmente por interés de mejora asistencial (el 38,5% por interés exclusivo de la empresa y 47,1% por ambos).

Al preguntar por la docencia pediátrica, hallamos que casi dos terceras partes (63,6%) la realizan en su consulta, la gran mayoría con alumnos y residentes (56,6 y 56,7%, respectivamente). Del total, 85,3% no son reconocidos oficialmente como tutores y el 87,8% no han recibido formación específica para realizar esta función. Casi la totalidad de los pediatras considera la actividad docente escasamente valorada como mérito profesional (98%), a pesar de tenerla como esencial en su capacitación (80,9%). A pesar de esas opiniones, el 28,3% no se plantea acceder a una plaza universitaria, teóricamente lugar principal para la realización de la docencia, frente al 35,1% que la ve como una posibilidad y un 36,6% que lo tiene como uno de los objetivos de su dedicación a la pediatría. Al analizar los datos sobre tutores de MIR provenientes de las diferentes Comunidades, encontramos amplias variaciones sin significación estadística, salvo entre Cataluña y Castilla-León y Asturias en que las diferencias son estadísticamente significativas a favor de estas últimas (p = 0,0001 y p = 0,017, respectivamente). Así: Madrid 7,9% (IC 95% 3,2-12,6%), Cataluña 5,2%

Tabla III. ¿Se arrepiente de dedicarse a la Pediatría?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	3	0,3	
	A veces	279	25,2	25,2
	No	794	71,8	71,8
	Sí	33	3,0	3,0
Total		1.109	100,0	

Tabla IV. ¿Cuál considera el número total ideal de niños por cupo pediátrico?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válidos	No	21	1,9	
	< 500 TSI	64	5,8	5,9
	500-800 TSI	826	74,5	75,9
	800-1.200 TSI	198	17,9	18,2
Total		1.109	100,0	

TSI: Tarjeta sanitaria individual.

(IC 95% 2-10,2%), Valencia 7,8% (IC 95% 1,2-14,4%), Andalucía 12,9% (IC 95% 6,3-19,4%), Castilla-León 39% (IC 95% 26,5-51,4%) y Asturias 23,3% (IC 95% 10,6-35,9%).

Es interesante que el 27,3% considere la cultura investigadora como importante en su preparación profesional, frente al 58,9% que declara que no le dedica tiempo y el 13,7% que no la tiene como de interés. En consonancia con ello, hemos constatado que un 88,3% de quienes se dedican a la medicina infantil o no han publicado ningún artículo (24,1%) o han publicado 10 o menos (64,2%). El porcentaje de aquellos a quienes no les interesa recibir formación en temas de investigación coincide (13,4%) con el de los que no consideraban importante la cultura investigadora. Relacionado con ello, solo un 31,7% de los respondedores manifiestan haber recibido algún curso sobre lectura crítica o metodología de la investigación.

La cantidad de pediatras que culminaron su carrera académica con la realización de la tesis doctoral es del 15,3% del total, aunque esta proporción es variable en los diferentes sistemas de salud: Madrid 12,2% (IC 95% 6,6-17,8%), Cataluña 2,4% (IC 95% 0-5,8%), Valencia 13,8% (IC 95% 5,4-22,2%), Andalucía 15,5% (IC 95% 8,5-22,5%), Castilla-León 45,2% (IC 95% 30,2-60,3%) y Asturias 18,6% (IC 95% 7-30,2%), de nuevo con diferencia significativa entre Cataluña y Asturias a favor de esta última ($p = 0,036$), y de Castilla-León respecto al resto salvo a Asturias ($p = 0,003$).

Un 77,6% responde que los gestores y políticos no comparten sus preocupaciones asistenciales (21,4% dice que algunos, aunque no lo suficiente, y un 1% que hacen todo lo posible). Solo un 9,8% dice conocer los fundamentos teóricos de la gestión clínica, frente al 49,5% que afirma conocer algunos y un 40,7% que no los conoce. A pesar de esta declaración, casi tres cuartas partes opinan que tienen una finalidad de mejorar los servicios (27,6% exclusivamente de ahorro) y el 55,6% cree que debe formar parte de su preparación profesional (frente al 44,4% que no lo considera así).

Respecto a la coordinación de los niveles asistenciales pediátricos, el 26,9% considera que no es buena, un 61,5% que es deficiente pero mejorable y

un 11,5% que existe en grado alto. Si nos detenemos en este aspecto importante de la calidad de los servicios, encontramos diferencias entre zonas geográficas. El porcentaje de pediatras que consideran deficiente este aspecto de su trabajo es del 28,2% en Madrid (IC 95% 20,5-36%), del 28% en Cataluña (IC 95% 18,3-37,8%); del 20% en Valencia (IC 95% 10,3-29,7%), del 40,8% en Andalucía (IC 95% 31,3-50,3%), y del 14% en Asturias (IC 95% 3,6-24,3%), siendo significativamente más alta ($p = 0,045$) la valoración negativa por parte de los profesionales andaluces que por la de los asturianos y de Castilla-León.

Discusión

El porcentaje de cumplimentación del cuestionario enviado fue del 32% sobre el total del universo muestral, un nivel medio y mayor al observado en otros estudios de características similares^(19,20). Una primera cuestión que ayuda a definir el perfil profesional de nuestro colectivo: una profesión mayoritariamente masculina ha pasado a ser de importante predominio femenino en muy poco tiempo. Más de tres cuartas partes de nuestros respondedores son mujeres, desproporción que puede acentuarse en el futuro⁽²¹⁾. Teniendo esto en cuenta, será interesante reconocer los cambios generacionales y de sexo que pudieran relacionarse con los estilos de trabajo, identificando tendencias en la fuerza laboral más allá de los simples recuentos de proveedores. Comprender el impacto de estos cambios en los sistemas de prestación de atención médica pediátrica es fundamental⁽²²⁾. Las motivaciones, consecuencias y preocupaciones de que la mayoría de los pediatras sean mujeres han sido analizadas en diferentes foros y publicaciones, aunque a nosotros únicamente nos interesa ahora el aspecto descriptivo de este fenómeno. Pero debe resaltarse que en un trabajo reciente, se halló que las mujeres pediatras dedican más tiempo a las responsabilidades del hogar que los pediatras varones, y el género es un factor clave asociado negativamente con la satisfacción del equilibrio entre la vida laboral y personal⁽²³⁾.

Casi el 15% de los pediatras desarrollan su trabajo en el medio rural –lo que es cuantitativamente superponible a la distribución de la población española, de

la que el mismo porcentaje vive fuera de las ciudades⁽²⁴⁾– y esto añade a su situación algunas exigencias asistenciales y peculiaridades a sus necesidades, con seguridad insuficientemente atendidas.

La distribución de participantes por CC.AA. es superponible al número de socios y en buena medida al de pediatras censados por las sociedades profesionales en los diferentes territorios y declarados en sus publicaciones. Nuestros resultados ponen en evidencia la disparidad en las políticas de recursos humanos de los servicios de salud, con notables asimetrías regionales. Si nos fijamos en que la mayoría de los especialistas son interinos o eventuales, llama la atención la gran variación entre comunidades, con el mayor porcentaje de propietarios en Castilla-León y el menor en Madrid, lo que debe relacionarse con esas estrategias de gestión del personal. En relación con eso, hay varias Comunidades –La Rioja, Asturias, Murcia, Aragón, Islas Baleares y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla– donde ningún profesional ocupa su plaza sin título vía MIR. Nuestra observación dista de otra ya publicada, según la cual entre un 30 y un 50% de las plazas de pediatría están desempeñadas por profesionales sin formación específica reconocida mediante título oficial⁽²⁵⁾. Si asumimos que de forma general la relación de pediatras a población infantil a asistir muestra actualmente una distribución por territorios desigual y que no existe una previsión de las necesidades a medio plazo por parte de las administraciones, parece imprescindible implantar algún sistema que estimule una ordenación y reparto variable de especialistas según las demandas y cambios demográficos⁽²⁶⁾. Y en cuanto a los incentivos que podrían ayudar a atraer profesionales a determinadas plazas que puedan ser difíciles de cubrir, se han destacado el complemento salarial, el reconocimiento curricular y las compensaciones en beneficios no dinerarios⁽²⁷⁾.

Según nuestro cuestionario, el perfil del colectivo vinculado a nuestra Sociedad sería el de un profesional que cubre las funciones de un pediatra general principalmente en el ámbito de los servicios públicos, con solo un 12,1% que realiza medicina privada. Existe una mayoría de pediatras de Atención Primaria con más de 20 años de ejerci-

cio, lo cual es difícil de interpretar en su significado como dato aislado. Lo importante sería poder establecer cuántos son necesarios para dar una asistencia médica óptima en el primer nivel, haciendo un seguimiento de las políticas de recambio profesional, midiendo periódicamente el número de nuevos especialistas y el contingente de jubilaciones para hacer un plan de provisión de empleos a corto y medio plazo. Lógicamente, las aspiraciones y las exigencias son variables según los años de ejercicio. Esta información merece ser tenida en cuenta, pues resultaría interesante saber cuántos pediatras están próximos a su jubilación por si fuese necesario aumentar el número de plazas MIR para esta especialidad. Según la Organización Médica Colegial, el 47,9% de los médicos de Atención Primaria, mayoritariamente varones, en los próximos diez años entran en edad de jubilarse obligatoriamente o voluntariamente con dos años de antelación⁽²⁷⁾.

Otro de los objetivos que nos hemos planteado con la presente encuesta, es la evaluación del nivel de identificación de los profesionales de la medicina infantil con su entorno laboral y jerarquizar aquellos factores capaces de mejorarla. Esto permitiría plantear una estrategia de trabajo, tanto de las instituciones oficiales como desde las sociedades profesionales. Los sistemas sanitarios deben aspirar a ofrecer servicios de salud efectivos, seguros y eficientes, y responder a las expectativas de los usuarios, en lo que es imprescindible disponer de plantillas motivadas y satisfechas que aumenten el rendimiento y la calidad de la prestación. En el ámbito de los sistemas de salud, esa satisfacción laboral se ha vinculado a un grupo de variables como la formación continuada, la equidad en las retribuciones y las relaciones personales en el ambiente laboral, entre otras^(28,29); es una dimensión de la gestión de calidad y su estudio permite identificar problemas y oportunidades de mejora con impacto en la salud y bienestar de los usuarios y los trabajadores. Tal como han señalado algunos estudios ya clásicos, el personal con alto nivel de satisfacción laboral proporciona un servicio más resolutivo a un menor precio^(30,31).

Nuestros datos resaltan la preocupación dentro de la especialidad por la

estabilidad laboral, principal requisito para los pediatras al valorar sus condiciones de trabajo, por encima del sueldo. Pero junto a ello consideran que los sueldos están por debajo de sus pretensiones, de sus méritos y de su responsabilidad, lo que no es contradictorio con un malestar mayor por la movilidad y los contratos de corta duración. La continuidad en los contratos es una preocupación en los profesionales jóvenes y poco cualificados, lo mismo que ocurre en otros países⁽³²⁾. Sabemos que aquí el número de contratos es mayor en mujeres, en menores de 40 años y en médicos de procedencia extranjera⁽²⁷⁾. El nivel de precariedad contractual en nuestra especialidad es importante, con una temporalidad elevada tanto en la sanidad pública como en la privada, con una cifra significativa de pediatras firmando contratos semestrales o anuales durante varios años. Esta inestabilidad perjudica seriamente a los profesionales, a sus expectativas, y afecta a las familias al romper la atención personalizada a lo largo del tiempo, un elemento importante en la asistencia generalista.

El segundo ítem más valorado se refiere al aspecto económico. A medida que el encuestado considera que su sueldo es apropiado, la satisfacción es mayor, lo que demuestra que ambas variables están relacionadas⁽³³⁾, como también hemos observado en nuestro estudio. Aunque no hemos profundizado en estos temas, al abordarlos tendría que considerarse las diferencias salariales entre comunidades, con sueldos netos, retribuciones fijas y variables, y contenidos de la carrera profesional sensiblemente diferentes y de difícil explicación, analizando los resultados en cuanto a satisfacción y objetivos asistenciales cumplidos. La mayoría de los estudios publicados sobre la remuneración de los médicos de Atención Primaria de salud se han llevado a cabo desde la perspectiva del pagador⁽³⁴⁻³⁶⁾. Pocos han cuantificado las preferencias de los médicos y la evaluación del tipo de pago⁽³⁷⁾. Las condiciones laborales y el salario constituyen una preocupación cada vez mayor, tal como se ha reconocido en el Reino Unido, donde se hicieron más influyentes y decisivos al elegir destino para los médicos encuestados en 2015 en comparación con los encuestados en 2011⁽³⁸⁾. En Grecia, casi

tres de cada cuatro médicos de Atención Primaria están descontentos con sus sueldos⁽³⁹⁾. Además, los encuestados de más edad se encuentran más insatisfechos y subrayan el impacto negativo de un salario bajo en la productividad y calidad de servicios⁽⁴⁰⁾. En Portugal, con un servicio asistencial de organización similar al británico, se identificó una reducción general en el nivel de vida de los médicos, con bajadas salariales en la pasada crisis financiera de hasta el 30,5% como la principal estrategia de adaptación⁽⁴¹⁾; la pasión por la profesión, su independencia en la organización de sus tareas y la flexibilidad en sus destinos, fueron los factores compensatorios mencionados allí con más frecuencia por los afectados. Aproximadamente el 86% de los médicos generalistas cuestionan la efectividad de los incentivos existentes para hacer atractivo su ejercicio, influenciado de manera crucial por las condiciones de trabajo y los ingresos⁽⁴²⁾. Parece lógico que en los tiempos actuales y según el sentido empresarial que se les están dando a nuestros sistemas públicos de salud, pase a un primer plano el pago según el cumplimiento de objetivos alcanzables, variables, medibles y definidos por las necesidades. Esto sería retomar la idea de carrera profesional, alejada de la carrera laboral vinculada a la edad y que se impuso en todas las comunidades.

Aunque no es una cuestión tenida como prioritaria por nuestras organizaciones, una buena relación interpersonal puede considerarse como un factor protector frente a los conflictos de la consulta, el desgaste profesional y el absentismo. En nuestro estudio este concepto ocupa una posición inferior al de las otras preocupaciones, si bien consideramos que las acciones dirigidas a mejorar las relaciones humanas entre los profesionales del equipo deben ser prioritarias y quizá podrían explicar las grandes diferencias observadas entre equipos en entornos similares.

Al acercarnos a los temas asistenciales, hallamos que más de una tercera parte de los pediatras no trabajan junto a personal de enfermería exclusivamente dedicado a la Pediatría. Es interesante descubrir que este dato es también variable y existe una situación diferente entre CC.AA. En concreto, la situación va desde un número menor de

enfermeras con dedicación exclusiva a la consulta infantil en Andalucía y la existencia mayoritaria en Asturias de una enfermería plenamente infantil. Debe recordarse que hasta hace unos años, el trabajo del equipo médico-enfermera era lo habitual. El debate abierto en EE.UU. en la primera década del siglo^(43,44) fue llegando aquí y se mantiene en la actualidad, promovido fundamentalmente desde algunos grupos de enfermeros. Lo cierto es que pocos estudios se han diseñado para responder a la pregunta de qué funciones dentro de la Atención Primaria se cumplen mejor según el tipo de profesionales, siendo la inmensa mayoría de las publicaciones artículos de opinión, en general poco documentados. Las características de los diversos sistemas, su financiación, organización y otras diferencias en la prestación de servicios confunden y dificultan cualquier comparación⁽⁴⁵⁾. Creemos que lo más importante es el cumplimiento de papeles específicos, determinados por la titulación, la preparación acreditada y la experiencia profesional; es decir, responsabilidad médica del médico y de los cuidados enfermeros por parte de enfermería hasta donde permitan esos tres criterios. La atención conjunta, el servicio directo y la consulta determinada por la naturaleza de la preocupación familiar tendrían que ser los parámetros para organizar cualquier asistencia y cuidado infantil eficaz⁽⁴⁶⁾. En términos prácticos, en algunos sistemas mejorar la atención significa desarrollar la capacidad principalmente de los médicos, mientras que en otros, el enfoque sería desarrollar la capacidad profesional de enfermería⁽⁴⁷⁾.

Las expectativas profesionales en los pediatras generales más jóvenes de EE.UU. parecen cumplirse suficientemente⁽⁴⁸⁾. No obstante, el porcentaje que optan por una dedicación solo parcial al trabajo asistencial es elevado, más en mujeres y con tendencia a ir en aumento. Con datos indirectos y escasos es difícil adelantar una interpretación de los mismos, pero la importancia del tema obligará a profundizar en ello en los próximos años. Según el estudio sobre la profesión médica en España, en Atención Primaria un 24,5% de profesionales está considerando seriamente abandonar su puesto de trabajo y ha buscado alternativas, y otro 26,8% alguna vez lo ha pensado, pero no

está buscando alternativas. Menos de la mitad, el 49%, no se lo ha planteado⁽²⁷⁾. Este no es un caso aislado en países de nuestro entorno social y político. Un informe oficial elaborado en el Reino Unido recoge que cinco mil médicos cada año se plantean abandonar su puesto de trabajo para irse al extranjero⁽⁴⁹⁾. Sumado a ello, en este momento debe tenerse en cuenta la posibilidad de que médicos y enfermeras asentados profesionalmente en países pertenecientes a Gran Bretaña retornen a nuestro país por la implantación paulatina de restricciones laborales para los extranjeros⁽⁵⁰⁾, movimiento que puede afectar a cuatro de cada diez. Parece que una gran parte de los médicos se llegan a plantear esta posibilidad como forma de supervivencia dentro de la profesión y como vía de mejores condiciones de desarrollo profesional⁽⁵¹⁾. El 15% de los médicos portugueses declaró considerar la migración como una posibilidad para el futuro cercano. En el mismo sentido muchos médicos sostienen una visión cada vez más negativa de muchos aspectos de la experiencia de serlo y perciben gran dificultad para brindar atención de calidad al paciente dentro de lo que consideran un sistema sub financiado. El 10% en el Reino Unido estaría dispuesto a cambiar de profesión, y aproximadamente la mitad piensan o han pensado en ejercer en otro país⁽⁵²⁾. Se ha mostrado claramente una tendencia de los médicos británicos a lo largo de cuarenta años a abandonar su trabajo⁽³⁷⁾. Los médicos encuestados en 2015 eran significativamente más propensos que los encuestados en 2011 a citar factores relacionados con su Servicio de Salud, el salario y las condiciones del entorno de trabajo, sus expectativas y los efectos sobre la atención al paciente. Los cambios en las políticas diseñados para alentar a más médicos a permanecer en sus plazas deben abordar estas preocupaciones mediante la introducción de mejoras reales en los recursos, el personal y las condiciones para desarrollar su labor. En nuestro caso, se ha planteado la emigración a otro país por un mejor sueldo un porcentaje muy alto de pediatras (casi dos de cada tres). Y es llamativo, por lo que traduce de desagrado con el entorno de nuestra profesión, que una cuarta parte declare estar arrepentido de dedicarse a la pediatría, seguramente debido a la sobrecarga asistencial, salario y falta de estabilidad laboral, así como otros

condicionantes tratados en este estudio. Una medida indirecta de ese conflicto es el que hoy pocos médicos recomiendan a los jóvenes iniciar la carrera de medicina. No solo no lo recomiendan, sino que algunos lo desalientan activamente⁽⁵³⁾. Sin duda, esto sorprenderá a aquellos que no forman parte del colectivo médico y que la perciben como una carrera profesional altamente solicitada y prestigiosa. Lo cierto es que el 40,6% de los pediatras de Atención Primaria opina que las condiciones en que realiza la consulta no le permiten realizar un trabajo satisfactorio, con la consiguiente frustración y riesgo de alejarse del esencial compromiso de atención eficiente y de calidad. Según datos previos⁽⁵⁵⁾, en el año 2014 el 60% de los pediatras tenían un cupo con más de 1.000 niños asignados al CIAS (Código de Identificación Autonómica Sanitaria). Considerando la propuesta de las asociaciones profesionales de un número óptimo de pacientes por plaza de Pediatría de 800 niños menores de 14 años, podemos decir que la situación es de cupos sobredimensionados. Aunque actualmente cuentan con una media de 1.000 menores asignados, la gran mayoría de ellos (un 82%) consideran esta cifra muy superior a la ideal y más de un 75% de ellos consideran óptimo un ratio de 500-800 TSI (tarjeta sanitaria individual).

El aspecto formativo se ha mostrado clave en la mejora de la satisfacción laboral, no habiendo sido analizado en otros estudios. Este asunto por sí mismo constituye un objetivo a asumir por parte de los directivos de las sociedades profesionales y gestores del sistema, con relevancia determinante también sobre la calidad asistencial⁽⁵⁶⁾. Los profesionales que hemos encuestado consideran como segundo criterio de calidad en sus funciones la formación, pero solamente un 18,6% de ellos reciben regularmente formación acreditada por parte de su empresa. En cuanto al contenido de la misma, solo un 14% creen que está orientado por el interés de la empresa de mejorar la consulta. Llama la atención el bajo porcentaje que han recibido formación sobre temas metodológicos básicos, lo que debe entenderse como una carencia significativa de nuestras organizaciones. Pese a todo esto, la mayoría atribuye a su preparación profesional un nivel alto o medio, seguramente debido

a la dedicación de su tiempo no laboral al estudio y actualización de sus conocimientos, al margen de la escasa oferta formativa recibida por parte del sistema sanitario.

Respecto a la docencia, una gran mayoría de pediatras generales la realizan habitualmente en su consulta, sin ser reconocidos como tutores. Para serlo en la actualidad, debiera exigirse la coincidencia de dos circunstancias: voluntad por parte de quien es certificado como tal y necesidad –demasiadas veces coyuntural– por la parte que certifica. Y la cuestión tiene otra vertiente que denuncian nuestros resultados. La enseñanza por competencias se ha impuesto como filosofía hegemónica y medio organizador de la educación médica⁽⁵⁶⁾. Impartir docencia supone conocer la naturaleza de esas competencias y el modo de transmitirlas; debería obligar a la parte gestora, además, a implantar una forma de agradecimiento administrativo y curricular hacia los profesionales. Pero no puede hacerse docencia de calidad sin recibir formación para la docencia. La realidad es que en la práctica no existe preparación reglada específica ni evaluada para asumir esta responsabilidad. Hay decenas de propuestas para resolver esta situación de desatención a un aspecto de la profesión que debe de considerarse prioritario, tal como se refleja en un texto pensado desde las necesidades de la pediatría general⁽⁵⁷⁾. Es posible que en algún momento pueda llegar a cuantificarse el gasto directo y el valor añadido de la inversión en formar buenos docentes médicos. Aunque los resultados obtenidos de este cuestionario no nos permitan obtener conclusiones debido a las limitaciones inherentes al estudio, consideramos que pueden ser de interés, ya que nos ayudan a explorar y entender las particularidades de un colectivo durante muchos años implicado en la tarea de formar tanto a sus compañeros MIR como a los futuros médicos.

La dificultad para realizar investigación clínica de calidad en pediatría, y especialmente por pediatras que trabajan en Atención Primaria, ha sido expuesta en diferentes ocasiones y medios^(58,59). Al analizar las causas de la baja producción científica del pediatra general, se han citado varias y ofrecidas desde diferentes perspectivas⁽⁶⁰⁾.

Entre ellas, el escaso interés que se ha prestado a una formación médica congruente, la discreta o nula información que desde las facultades de medicina se ofrece sobre la necesidad de investigar y sobre metodología científica; y también muy importante, la carencia de incentivos dentro de nuestro entorno de trabajo para el incremento de la investigación. Pese a que la gran mayoría de los encuestados considera la cultura investigadora como parte de su capacitación como pediatra, un 58,9% reconoce no dedicarle demasiado tiempo. Acorde con eso, un 88,3% o no ha publicado ningún artículo científico o ha publicado 10 o menos. Solamente un 11,7% ha publicado más de 10. Son dos datos que no deberían satisfacer a nuestras administraciones sanitarias y tendrían que animar a los potenciales promotores de la investigación clínica a invertir en su desarrollo. Mayoritariamente el pediatra considera importante disponer de conocimiento e información investigadora, lo que permite suponer su disposición a llevarla a cabo. Los que llegan a realizarla lo hacen en tiempo libre y sacrificando otros aspectos de su profesión y tiempo de vida familiar, tal como han reconocido algunos estudios⁽⁶¹⁾. La formación y el reconocimiento son las claves del progreso en este campo. En relación con eso, hoy en nuestro país el 36,4% de los licenciados llegan a leer su tesis, con un porcentaje mayor en mujeres; la gran mayoría (46%) presentan sus resultados y alcanzan el doctorado entre los treinta y los cuarenta años⁽⁶²⁾. Según datos oficiales en el año 2018, el número de tesis realizadas en cualquier campo de investigación fue de 8.483, la inmensa mayoría (95%) en el ámbito universitario público⁽⁶³⁾. De los pediatras generales que han cumplimentado el cuestionario, solo el 15,3% han logrado su doctorado, lo que permite medir la situación de la Pediatría en este campo y debería obligar a buscar los motivos y pensar alguna solución.

Pese a que algo más de la mitad de los encuestados cree que la gestión clínica forma parte de su capacitación como pediatra, la inmensa mayoría admiten no conocer sus fundamentos teóricos o conocer solo algunos. En cuanto a la finalidad de esta, parece que la mayor parte se decanta por la mejora de los servicios, y el resto cree que es

exclusivamente de ahorro. Finalmente, destaca que son muy pocos los pediatras que creen que existe un buen grado de coordinación entre la pediatría de hospital y de Atención Primaria, si bien la mayoría cree que es buena, pero que aún queda bastante por mejorar. En otros países, aun existiendo una satisfacción general respecto a la relación entre niveles, algunos pediatras generales plantean preocupaciones importantes sobre la idoneidad del acceso de los niños a las unidades hospitalarias (tiempo de espera, impedimentos por parte de los seguros de enfermedad)^(64,65), especialmente desde las comunidades rurales. Y en modelos asistenciales diferentes al nuestro, frecuentemente se plantean tensiones y conflictos entre médicos de diferentes niveles⁽⁶⁶⁾.

Principales conclusiones

1. Este estudio representa una aproximación amplia y fiable a la situación de la Pediatría española extrahospitalaria.
2. Dentro del rápido aumento de la feminización de la especialidad, las mujeres representan actualmente hasta tres cuartas partes de los profesionales de la Pediatría.
3. La Pediatría general demanda una mejora en las condiciones de trabajo. La política de sustituciones y contratos es su principal motivo de preocupación. Lo inadecuado de las retribuciones no es un problema laboral dominante entre las preocupaciones de los pediatras, aunque una gran mayoría se consideran mal pagados.
4. Existen diferencias claras entre CC.AA. en cuestiones laborales y profesionales importantes.
5. Solo una minoría de pediatras (x 18,6%) recibe formación regularmente por parte de su empresa.
6. La percepción de falta de reconocimiento de la actividad docente es generalizada.
7. Los pediatras de Atención Primaria publican poco y solo un 15% han realizado la tesis doctoral.
8. Más de tres cuartas partes consideran que políticos y gestores no comparten sus preocupaciones asistenciales.

Con el fin de mejorar dicha situación, la SEPEAP propone una serie

de iniciativas como, la actualización permanente de la bolsa de pediatras en Atención Primaria, la mejora de las condiciones laborales; o la reorganización de los equipos de Atención Primaria, aumentando el número de enfermeras con dedicación exclusiva a la asistencia infantil. Por otra parte, las medidas motivadoras o incentivaras para contrarrestar los efectos de las condiciones negativas y paliar el posible estrés y desgaste profesional resultarán con el tiempo imprescindibles. Deberían facilitarse actividades tan importantes para el desarrollo profesional como la formación, la docencia evaluada y reconocida, y la investigación, favoreciéndose el acceso a las mismas mediante una adecuada dotación de tiempo y recursos.

Bibliografía

- Freed GL, Moran LM, Van KD, Leslie LK; Research Advisory Committee of the American Board of Pediatrics. Current Workforce of General Pediatricians in the United States. *Pediatrics*. 2016; 137: e20154242. doi: 10.1542/peds.2015-4242.
- Di Guglielmo MD, Greenspan JS, Abate-marco DJ. Pediatrician preferences, local resources, and economic factors influence referral to a subspecialty access clinic. *Prim Health Care Res Dev*. 2016; 17: 628-35. doi: 10.1017/S1463423616000165.
- Rider EA, Gilligan MC, Osterberg LG, Litzelman DK, Plews-Ogan M, Weil AB, et al. Healthcare at the Crossroads: The Need to Shape an Organizational Culture of Humanistic Teaching and Practice. *J Gen Intern Med*. 2018; 33: 1092-9. doi: 10.1007/s11606-018-4470-2.
- Lukela MP, Parekh VI, Gosbee JW, Purkiss JA, Valle JD, Mangrulkar RS. Competence in patient safety: a multifaceted experiential educational intervention for resident physicians. *J Grad Med Educ*. 2011; 3: 360-6. doi: 10.4300/JGME-D-10-00164.1.
- Pound CM, Robinson J, Giglia L, Rodd C, Sharma A, Chafe R, et al. Scholarly training objectives and requirements for paediatric residents in Canada. *Paediatr Child Health*. 2019; 24: 76-80. doi: 10.1093/pch/pxy070.
- Tavakol M, Dennick R. The foundations of measurement and assessment in medical education. *Med Teach*. 2017; 39: 1010-5. doi: 10.1080/0142159X.2017.1359521.
- NEJM Knowledge+. What is competency-based medical education? <https://knowledgeplus.nejm.org/blog/what-is-competency-based-medical-education/>. Consultado: 2 de mayo de 2018.
- Kohn JR, Armstrong JM, Taylor RA, Whitney DL, Gill AC. Student-derived solutions to address barriers hindering reports of unprofessional behaviour. *Med Educ*. 2017; 51: 708-17. doi: 10.1111/medu.13271.
- Pololi LH, Evans AT, Civian JT, Shea S, Brennan RT. Assessing the Culture of Residency Using the C - Change Resident Survey: Validity Evidence in 34 U.S. Residency Programs. *J Gen Intern Med*. 2017; 32: 783-9. doi: 10.1007/s11606-017-4038-6.
- Le Blanc C, Sonnenberg LK, King S, Busari J. Medical education leadership: from diversity to inclusivity. *GMS J Med Educ*. 2020; 37: 18. doi: 10.3205/zma001311.
- Mirza A, Winer J, Garber M, Makker K, Marqqa N, Alissa R. Primer in Patient Safety Concepts: Simulation Case-Based Training for Pediatric Residents and Fellows. *MedEdPORTAL*. 2018; 14: 10711. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10711.
- CTSA. Core Competencies in Clinical and Translational Research, 2011. Disponible en: https://clic-ctsa.org/sites/default/files/CTSA_Core_Competencies_final_2011.pdf. Consultado: 23 de enero de 2019.
- Investing in the Future: NIGMS Strategic Plan for Biomedical and Behavioral Research Training U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health, National Institute of General Medical Sciences, Washington DC, 2011. <https://www.nigms.nih.gov/about/Documents/NIGMS-Strategic-Training-Plan.pdf>.
- Ceriani JM. ¿Por qué es bueno investigar? *Arch Argent Pediatr*. 2010; 108: 290-1.
- Martínez V. El futuro de la Pediatría española en el siglo XXI. *Pediatr Integral*. 2015; 19: 9-12.
- Tawfik DS, Profit J, Webber S, Shanafelt TD. Organizational factors affecting physician well-being. *Curr Treat Options Pediatr*. 2019; 5: 11-25. doi: 10.1007/s40746-019-00147-6.
- American Academy of Pediatrics. Physician Compensation Models. Disponible en: <https://www.aap.org/en-us/professional-resources/practice-transformation/managing-your-career/Pages/Physician-Compensation-Models.aspx>.
- <https://drive.google.com/file/d/1JzNm1Cd8P1ilcEpprEP1jesF5fNwlb3Y/view?usp=driveSdk>.
- Schmidt AM, Deshpande SP. Dimensions of quality care affecting career satisfaction of pediatricians. *Health Care Manag (Frederick)*. 2014; 33: 220-26. PMID:25068876
- Shugerman R, Linzer M, Nelson K, Douglas J, Williams R, Konrad R. Career Satisfaction Study Group. Pediatric generalists and subspecialists: determinants of career satisfaction. *Pediatrics*. 2001; 108. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/108/3/E40.
- García-López C, García Díaz I, García López M, López Muñoz A, Martínez Suárez V. Estado de opinión sobre la feminización de la profesión médica y sus consecuencias. *Pediatr Integral*. 2018; XXII: 298-e1-298.e10.
- Duffin J, Stuart M. Feminization of Canadian medicine: voices from the second wave. *Can Bull Med Hist*. 2012; 29: 83-100.
- Starmer AJ, Frintner MP, Matos K, Somberg C, Freed G, Byrne BJ. Gender Discrepancies Related to Pediatrician Work-Life Balance and Household Responsibilities. *Pediatrics*. 2019; 144: e20182926. doi: 10.1542/peds.2018-2926.
- Indicadores de medio ambiente, agricultura, pesca, alimentación y desarrollo rural 2018. Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación. Gobierno de España. Disponible en: https://www.mapa.gob.es/es/ministerio/servicios/analisis-y-prospectiva/informe_anual_indicadores2018_tcm30-513683.pdf.
- Gorrotxategi P, Vals T, Sánchez MT, Garrido M, García C, Domínguez B. Situación de la Pediatría de área en España. Libro de ponencias y comunicaciones. Congreso Extraordinario de la Asociación Española de Pediatría. Madrid: Asociación Española de Pediatría. 2014. p. 14-5.
- Martínez V. El médico, la doble lealtad y la gestión de los recursos sanitarios. *Pediatr Integral*. 2016; 20: 77-9.
- Estudio de la Profesión Médica en España 2018. Preguntas específicas para los profesionales de Atención Primaria. Organización Médica Colegial de España, informe de resultados diciembre de 2018. Disponible en: <http://www.cesm.org/wp-content/uploads/2019/01/InformeAP-Documento-final.pdf>.
- Villagómez A, Hernández C, Villareal R. Satisfacción laboral en médicos a seis años de distancia. *Rev Med*. 2003; 41: 399-405.
- Mechanic D. Physician discontent: challenges and opportunities. *JAMA*. 2003; 290: 941-46.
- Salcedo J. Control y evaluación de recursos humanos. En: Lázaro de Mercado P, Marín León I, ed. Motivación saludable: los recursos humanos en el sector de la salud. Santander; UIMP; 1998. p. 283-92.
- Franco L, Bennet S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. *Soc Sci Med*. 2002; 54: 1255-66.
- Spooner S, Gibson J, Rigby D, Sutton M, Pearson E, Checkland K. Stick or twist? Career decision-making during contractual uncertainty for NHS junior doctors. *BMJ Open*. 2017; 7: e013756-e013756.
- McLeod CC, Klabunde CN, Willis GB, Stark D. Health care provider surveys in

- the United States, 2000-2010: a review. *Eval Health Prof.* 2013; 36:106-26.
34. Allen T, Mason T, Whittaker W. Impacts of pay for performance on the quality of primary care. *Risk Manag Healthc Policy.* 2014; 7: 113-20.
 35. Eijkenaar F, Emmert M, Scheppach M, Schöffski O. Effects of pay for performance in health care: a systematic review of systematic reviews. *Health Policy.* 2013; 110: 115-30.
 36. Sicsic J, Le Vaillant M, Franc C. Intrinsic and extrinsic motivations in primary care: an explanatory study among French general practitioners. *Health Policy.* 2012; 108: 140-8.
 37. Abelsen B, Olsen JA. Does an activity based remuneration system attract young doctors to general practice? *BMC Health Serv Res.* 2012; 12: 68.
 38. Surman G, Goldacre MJ and Lambert TW. UK-trained junior doctors' intentions to work in medicine in the UK in future: current generation compared with 40 years of previous surveys. *J R Soc Med.* 2017.
 39. Giannopoulos D, Voulioti S, Theou A, Doukas D, Mitropoulos I. Motivation of the medical staff of Primary Health Care Centers of the National Health System in Western Greece (In Greek). *Primary Health Care.* 2008; 20: 167-75.
 40. Karakolias S, Kastanioti C, Theodorou M, Polyzos N. Primary Care Doctors' Assessment of and Preferences on Their Remuneration. *Inquiry.* 2017; 54: 46958017692274. doi: 10.1177/0046958017692274.
 41. Rego I, Russo G, Gonçalves L, Perelman J, Barros PP. Economic crisis and Portuguese National Health Service Physicians: Findings from a descriptive study of their perceptions and reactions from Health Care Units in the Greater Lisbon Area. *Acta Med Port.* 2017; 30:263-72. <https://doi.org/10.20344/amp.7690>.
 42. Senf JH, Campos-Outcalt D, Kutob R. Factors related to the choice of family medicine: a reassessment and literature review. *J Am Board Fam Pract.* 2003; 16: 502-12.
 43. Schor EL. Rethinking well-child care. *Pediatrics.* 2004; 114: 210-6. doi: 10.1542/peds.114.1.210.
 44. Schor EL. Reshaping pediatric practice. *Pediatrics.* 2013; 131: 201. doi: 10.1542/peds.2012-2378.
 45. Kuo AA, Inkelas M, Lotstein DS, Samson KM, Schor EL, Halfon N. Rethinking well-child care in the U.S.: an international comparison. *Pediatrics.* 2006; 118: 1692. doi: 10.1542/peds.2006-0620.
 46. Radecki L, Olson LM, Frintner MP, Tanner JL, Stein MT. What do families want from well-child care? Including parents in the rethinking discussion. *Pediatrics.* 2009; 124: 858-65. doi: 10.1542/peds.2008-2352.
 47. Inkelas M, Oberklaid F. Improving preventive and health promotion care for children. *Isr J Health Policy Res.* 2018; 7: 62. doi: 10.1186/s13584-018-0259-3.
 48. Freed GL, McGuinness GA, Moran LM, Spera L, Althouse LA. New pediatricians: first jobs and future workplace goals. *Pediatrics.* 2015; 135: 701-6.
 49. Kenny C. 5,000 Doctors a Year Considering Leaving the UK to Emigrate Abroad. 2016. Disponible en: <http://www.pulsetoday.co.uk/home/finance-and-practice-life-news/5000-doctors-a-year-considering-leaving-the-uk-to-emigrate-abroad/20007366article>.
 50. Torjesen I. Four in 10 European doctors may leave UK after Brexit vote, BMA survey finds. *BMJ.* 2017; 356: j988.
 51. Humphries N, McAleese S, Matthews A, Brugha R. Emigration is a matter of self-preservation. The working conditions... are killing us slowly: qualitative insights into health professional emigration from Ireland. *Hum Resour Health.* 2015; 13: 35-8.
 52. Lambert TW, Smith F, Goldacre MJ. Why doctors consider leaving UK medicine: qualitative analysis of comments from questionnaire surveys three years after graduation. *J R Soc Med.* 2018; 111: 18-30. doi: 10.1177/0141076817738502.
 53. Moberly T. Only a 10th of doctors would recommend a career in medicine. *BMJ.* 2015; 351: h5170. doi: 10.1136/bmj.h5170.
 54. Hernández R, Domínguez B, Sánchez N. Condiciones de trabajo de los pediatras de Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2014; 16:e1-e18. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322014000100003>.
 55. Committee on Pediatric Workforce. Financing Graduate Medical Education to Meet the Needs of Children and the Future Pediatrician Workforce. *Pediatrics.* 2016; 137: e20160211. doi: 10.1542/peds.2016-0211.
 56. León P. Formación y competencia docente del médico hospitalario. *Educ Med.* 2017; 18: 44-8.
 57. Manual de Tutores de MIR en Pediatría de Atención Primaria, de la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria (SEPEAP). Coordinador Venancio Martínez Suárez SEPEAP 2008.
 58. Moya M. La investigación en Pediatría a día de hoy. *An Pediatr (Barc).* 2014; 81: 67-8.
 59. Calvo C, Sainz T, Codoñer-Franch P, Santiago B, García-García ML, García C, Muñoz-Fernández ML, et al. La investigación en Pediatría en España: retos y prioridades. Plataforma INVEST-AEP. *An Pediatr (Barc).* 2018; 89: 314. e1-314.e6.
 60. Martínez V. La Pediatría en el marco de la ciencia. *Pediatr Integral.* 2014: 501-6.
 61. Giménez N, Jodar E, Torres M, Dalmau D. Perspectiva de los profesionales sobre investigación biomédica. *Rev Calid Asist.* 2009; 24: 245-55.
 62. Datos y cifras del Sistema Universitario Español. Publicación 2018-2019. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades 2019. Disponible en: <http://www.ciencia.gob.es/stfls/MICINN/Universidades/Ficheros/Estadisticas/datos-y-cifras-SUE-2018-19.pdf>.
 63. <http://estadisticas.mecd.gob.es/Educa-JaxiPx/Datos.htm?path=/Universitaria/Tesis/10/&file=ETD101.px&type=pcaxis>.
 64. Di Guglielmo MD, Plesnick J, Greenspan JS, Sharif I. A New Model to Decrease Time-to-Appointment Wait for Gastroenterology Evaluation. *Pediatrics.* 2013; 131: e1632-e1638. doi: <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2372>.
 65. Pletcher BA, Rimsza ME, Cull WL, Shipman SA, Shugerman RP, O'Connor KG. Primary Care Pediatricians' Satisfaction with Subspecialty Care, Perceived Supply, and Barriers to Care. *J Pediatr.* 2010; 156: 1011-5.e1.
 66. Martin GP, Currie G, Finn R. Reconfiguring or reproducing intra-professional boundaries? Specialist expertise, generalist knowledge and the 'modernization' of the medical workforce. *Social Sci Med.* 2009; 68: 1191-8.



Cuestionario de Acreditación

Los Cuestionarios de Acreditación de los temas de FC se pueden realizar en "on line" a través de la web:

www.sepeap.org y www.pediatríaintegral.es.

Para conseguir la acreditación de formación

continuada del sistema de acreditación de los profesionales sanitarios de carácter único para todo el sistema nacional de salud, deberá contestar correctamente al 85% de las preguntas. Se podrán realizar los cuestionarios de acreditación de los diferentes números de la revista durante el periodo señalado en el cuestionario "on-line".