
Retribuciones en Primaria

Equipo Editorial

Como cualquier otro profesional del Insalud el pediatra de Atención Primaria tiene asignada una retribución fija y periódica. El actual modelo retributivo establece diferencias de sueldo entre el modelo tradicional y el modelo en Equipos de Atención Primaria. Por ahora, haremos referencia a las retribuciones de los pediatras de Equipos de Atención primaria, puesto que la mayor parte de nosotros trabajamos en este modelo. Sin embargo, emplazamos a un futuro próximo la valoración del sistema retributivo para los pediatras que trabajan en el modelo tradicional, dentro del Insalud, así como el de las Comunidades Autónomas que han asumido las transferencias sanitarias y cuyos modelos retributivos han variado.

Las retribuciones de los pediatras de Equipos de Atención Primaria del Insalud se establecieron en los acuerdos del 3 de julio de 1992 suscritos entre la Administración Sanitaria del Estado y las Organizaciones Sindicales más representativas. Fueron aprobados por el Con-

sejo de Ministros y como consecuencia de su implantación se modificó el complemento de productividad (Factor fijo) que hasta el momento venían percibiendo los médicos pediatras y generales en Atención Primaria por el desempeño de su puesto, para pasar al pago por tarjetas sanitarias individuales (T.S.I).

La puesta en marcha de este sistema caputivo asignó un valor por año a las tarjetas sanitarias según las características de los pacientes por edades de 0 a 2 años, de 3 a 6 años y de 7 a 14 años, teniendo en cuenta tan solo el número de tarjetas o pacientes adscritos a cada puesto de trabajo, pero sin valorar ningún otro factor (zona geográfica, frecuencia de visitas, incidencia de la medicina privada, etc...). La implantación de este sistema supuso una importante disminución en las retribuciones de los pediatras, situación que no se subsanó a pesar del incremento posterior en el precio del valor de las TIS de los niños de 0 a 6 años, después de las modificaciones de estos acuerdos en la siguiente

reunión de la mesa sectorial celebrada en Junio de 1993, casi un año después de la implantación de dicho sistema de pago por tarjetas sanitarias individuales. Desde entonces no ha habido ninguna modificación. Existió un compromiso formal en aquellas fechas, por el que se revisarían estos valores de las TSI en el caso de que hubieran sido insuficientes. Han pasado cinco años y ésta tan deseada revisión no se ha hecho realidad.

Existen además muchos problemas en lo que se refiere a la aplicación de estos acuerdos. Uno de ellos, y de los más importantes, es la tardanza que existe desde que una tarjeta sanitaria se tramita (solicitud de formulario de TSI en el Centro de Salud) hasta que se emite (envío físico de la tarjeta al domicilio del paciente). Preguntadas las Gerencias de Atención Primaria se nos asegura que actualmente ésta se sitúa como media entre 1,5 y 2 meses. Claro está, suponemos que los padres solicitan la tarjeta sanitaria en tiempo y forma inmediatamente después del nacimiento de su hijo, cosa que todos sabemos no siempre se realiza. Nosotros mismos hemos podido comprobar como solicitando la tarjeta de un hijo recién nacido justo en la primera semana de vida, la hemos recibido esta semana en nuestro domicilio, y le falta una semana para cumplir

un año. No está claro, que en todas las Gerencias de Atención Primaria se estén realizando los pagos de estas TSI con efectos retroactivos, y menos aún, desde cuándo se hace esto. No todas las Gerencias de Primaria incluyen en nuestras nóminas el número de tarjetas y su distribución por edades. Además es relativamente frecuente que después del primer año de estar viendo a un bebé, descubres que sus padres no han solicitado la tarjeta. Según las normas de retribuciones, establecidas en la Resolución de la Presidencia Ejecutiva del Insalud del 7 de Enero de 1998, en su punto 12.2, podemos leer "En el supuesto de que los pediatras atiendan a niños de 0 a 3 meses que aún no disponen de tarjeta sanitaria, percibirán, en el momento en que ésta se emita, la productividad fija correspondiente con efectos retroactivos". Nos preguntamos, en primer lugar, en qué supuestos los pediatras no atendemos a niños de 0 a 3 meses, y además, nuevamente dudamos si es posible realizar el pago con efecto retroactivo y sobre su aplicación por igual en todas las áreas del territorio Insalud. Al parecer existen algunos problemas de individualización en las TSI de los partos múltiples. Tampoco se sabe qué ocurre con los mayores de 14 años que aún no han elegido un médico general, pero

que ya no están en el listado del pediatra. Siendo los chicos de esta edad muy poco consultadores, creemos que pueden pasar años sin que se efectúe el cambio de médico. En definitiva, tenemos algo más que la sensación de que el seguimiento de una correcta aplicación de estos acuerdos sería detectivesca, cosa que muchos de nosotros, o no podemos, o no tenemos los medios suficientes ni la información para realizarla.

Por otro lado, y en aquellas mismas fechas, vió la luz el Real Decreto de libre elección de médico 1575/93 del 10 de septiembre donde se estableció que los pediatras tendrían un número óptimo de niños asignados comprendido entre 1.250 y 1.500 niños, según las características de la zona básica de salud, existiendo la posibilidad de elección entre médico general o pediatra desde los 7 a los 14 años. Creemos, sinceramente, que esta cifra es excesiva. La población infantil acude con frecuencia a las consultas por problemas de salud que requieren una exploración lenta y minuciosa, sin que apenas exista una actividad puramente administrativa en nuestras consultas.

En los distintos foros de opinión donde se han abordado estos problemas, se está de acuerdo en que la cifra máxima

debería estar situada entre 900 y 1.000 niños de edades 0 a 14 años, para que, se asegure una correcta atención a nuestros pacientes. Una cifra superior conlleva unas "mayores" retribuciones, pero esta sobrecarga de trabajo va a repercutir negativamente en la calidad de la atención prestada y en una reducción de las actividades preventivas, en las cuales ha de estar el futuro de una generación de españoles más saludable.

Ambas cuestiones han situado al pediatra de atención primaria en una desalentadora situación profesional. La natalidad de nuestro país que, al menos por el momento, no parece que tenga expectativas de mejora en los próximos años, es otro factor más de preocupación. Las amortizaciones de plazas de pediatría en zonas donde todavía, existe una razonable natalidad y que se están imponiendo en los últimos tiempos están sin duda íntimamente relacionadas con la concepción de que la cifra óptima de niños es el número de pacientes al que hace referencia el Real Decreto.

Contemplamos varias alternativas de mejora a nuestra situación actual. En primer lugar reducir el número óptimo de niños de 0 a 14 años a 900-1.000 pacientes en zonas urbanas con una dispersión G1 o G2, cifra que podría ser

inferior en zonas con mayor dispersión (G3 y G4). Parece oportuno que esta modificación contemplara además que la asistencia a niños de 0 a 14 años debería ser realizada siempre por médicos pediatras, sin alternativa de elección entre los 7 y 14 años como actualmente. En segundo lugar, es necesario un incremento en el valor de las tarjetas sanitarias, sobre todo en el grupo de 0 a 2 años, en relación a su mayor frecuencia y sus dificultades en la captación

de estos pacientes para tramitar las TSI.

Los pediatras estamos insatisfechos. Los acuerdos firmados fueron claramente lesivos para nuestros intereses. Tanto en su filosofía como en su aplicación sorprenden, por lo que creemos es un menosprecio a nuestras tareas, y muy lejos de incentivarlos laboral y profesionalmente, desmotivan a aquéllos que aún podemos sentir respeto por nuestro quehacer diario, y en definitiva por nuestra profesión.

