

Comentarios sobre la figura del "pediatra de área"

Hace ya unos meses se ha creado la figura del "Pediatra de Área" en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en el INSALUD⁽¹⁾, hecho que ya habéis destacado en el primer número de esta Revista y creo que introduce mayor incertidumbre (por usar un término moderado) en la práctica de la Pediatría, por lo que creo que merece algunos comentarios.

El punto de partida es una situación actual poco favorable, marcada por las importantes consecuencias del Real Decreto 1575/1993 de 10 de septiembre por el que se regula la libre elección de médico y en el que se fija el "cupo óptimo" del Pediatra de AP.

Otros problemas de la situación actual son los errores administrativos en la gestión de las Tarjetas Sanitarias Individuales de los niños, la ambigüedad del límite de la edad pediátrica, la discriminación salarial, la dificultad en la participación en actividades de formación continuada, los obstáculos para acceder a plazas de Pediatría ocupadas por mé-

dicos no Pediatras y la escasa sensibilidad de los responsables sanitarios hacia los problemas de la población infantil.

Cada una de estas cuestiones merecería tiempo y espacio, pero quiero dedicar este escrito a las dudas e interrogantes que aporta la nueva figura de "Pediatra de Área" al desolado panorama de la Pediatría en AP. A continuación los expongo siguiendo el "orden de aparición" en el texto legal:

– *El Pediatra de Área como profesional de apoyo.* Si el Equipo de Atención Primaria (EAP) es la unidad organizativa y funcional básica para prestar la atención integral a la población en general y a la infantil en particular, el Pediatra constituye parte necesaria e imprescindible del EAP. Un "Pediatra de apoyo" es un profesional ajeno, lejano, con escasa accesibilidad y por tanto no útil para las funciones propias de AP. Un Equipo sin pediatra es un equipo incompleto y por tanto debe ser una situación excepcional y provisional, y no puede aceptarse que sea la situación "normal" en ningún lugar ni siquiera en las zonas con poca población infantil o alejadas. Existen formas organizativas que permiten tener de forma rentable un pediatra aún en poblaciones pequeñas.

⁽¹⁾ Resolución de 23 de julio de 1998 de la Presidencia Ejecutiva del INSALUD, por la que se crea la figura de Pediatra de Área en Atención Primaria, y se ordenan sus funciones y actividades. B.O.E. núm 187 de 6 de agosto de 1998.

– El establecimiento del *número óptimo de niños por pediatra* en AP entre 1.250 y 1.500 es el núcleo de los problemas señalados al comienzo de este escrito, así que si éste es un fundamento básico de esta norma que comentamos, será una norma que vendrá a crear nuevos problemas.

– El texto legal habla de Especialistas en Pediatría-Puericultura, pero *¿existen especialistas en Pediatría-Puericultura?*

– Las *funciones asignadas al Pediatra de Área* son realmente amplias y además referidas a zonas o incluso localidades distintas y quizás alejadas entre sí. *¿Puede un profesional “a tiempo parcial” siquiera lejanamente plantearse estos objetivos? ¿Puede un pediatra ofrecer una atención razonablemente integral o completa si no puede atender directamente todos los problemas de los niños incluidas las enfermedades agudas y todas las dudas o necesidades de información de los padres, si no puede estar disponible a diario?*

– Las Gerencias de AP pueden solicitar la *reconversión de plazas* de Pediatría de EAP o de Cupo en plazas de Pediatra de Área. Pero no se regulan en absoluto las condiciones que justificarían esta reconversión, reservándose la potestad de las reconversiones sin ajustarse a criterios ni necesidad de justifica-

ción. *¿Es ésta una forma de eliminar progresivamente la figura del Pediatra de EAP? ¿Se pretende asignar en un futuro la atención de la población infantil en AP a médicos no Pediatras?*

– Un Pediatra de EAP que asume también las funciones de Pediatra de Área, al final *¿qué es?: un Pediatra de EAP con funciones de Área añadidas, o un Pediatra de Área que conserva funciones de Equipo*. Si un Pediatra de EAP tiene que desplazarse con asiduidad a otras zonas de salud, se le imposibilita para desarrollar las funciones que en los reglamentos de funcionamiento interno de los EAP se señalan para cualquier componente del Equipo. En tal caso, esta norma contradice la que regula las funciones de los integrantes del EAP.

Por otro lado, cuando un Pediatra de EAP asume funciones de Área, *¿significa que se le actualizará la calificación del “grado de dispersión” (G1, G2, G3 y G4) de la población previamente asignada?*

– Respecto a las *retribuciones* del Pediatra de Área⁽²⁾, los números “cantan” y, la verdad, son desoladores:

- Un Pediatra de Área con dos zonas básicas asignadas cobraría 12.093

⁽²⁾ Carrión C: Retribuciones de los médicos pediatras en el ámbito de las instituciones sanitarias de atención primaria gestionadas por el Instituto Nacional de la Salud. Revista de Pediatría de Atención Primaria 1999; 1: 17-30.

pts en concepto de "productividad fija" (las cantidades corresponden a 1998). Con tres zonas asignadas 35.000 pts y con más de tres zonas asignadas 50.000 pts. Si suponemos que la asignación de zonas se haría con la referencia del "cupó óptimo de 1.250 a 1.500 niños por pediatra" significaría que un pediatra con dos zonas asignadas (dos zonas alejadas de una localidad o dos localidades distintas) cobraría como un Pediatra de EAP con 250 a 300 niños asignados y un "grado de dispersión" G1, que un pediatra de Área con tres zonas o localidades asignadas cobraría como un Pediatra de EAP (G1) con 650 a 700 niños asignados y que un pediatra de Área con más de tres zonas o localidades asignadas cobraría como un pediatra de EAP (G1) con 950 a 1.000 niños.

- Un Pediatra de EAP cobraría por asumir funciones de Área añadidas atendiendo a otra zona básica sólo 12.093 pts más. Pero si esa plaza de Pediatra de EAP se reconvierte y consolida como una de Pediatra de Área atendiendo a la misma población *cobraría menos que antes de reconvertirse*.
- La normativa en realidad crea (o

confunde) *dos figuras con retribuciones distintas*: por una parte el Pediatra de Área (bien creado como plaza nueva o procedente de una reconversión) que cobraría como "productividad fija" las cantidades de 12.093, 35.000 ó 50.000 pts. Y por otra el Pediatra de Equipo que asume funciones de Área (el Pediatra de Equipo que acepta mediante no se sabe qué figura legal atender a los niños de otra zona) que cobraría la "productividad fija" que ya tenía asignada y además 12.093, 35.000 ó 50.000 pts.

En resumen, me parece que la normativa que crea la nueva figura del "Pediatra de Área" es:

1. Ineficaz, no soluciona ningún problema. Parece como si se quisiera justificar o "legalizar" la ausencia de pediatras en AP.

2. Consolida el gran error (y fuente de sucesivos problemas) del "cupó óptimo de 1.250 a 1.500 niños por pediatra".

3. Es un texto legal poco meditado y elaborado ya que confunde distintas figuras y sus retribuciones (lo que dará lugar a demandas legales justificadas) llegando al esperpento de plantear una posible reconversión voluntaria de Pediatra de EAP a Pediatra de Área con

mayores funciones y una repercusión salarial ridícula y lo que es peor con expectativas de una "rebaja" salarial sustancial cuando esa plaza se consolide como Pediatra de Área.

La Pediatría en general y la Pediatría Primaria en particular ha sido postergada y discriminada ya desde el comienzo

de la reforma de la AP, lo que denota falta de interés real por parte de los responsables sanitarios por la buena práctica de la AP en la población infantil; al menos, merecería algo de esmero a la hora de redactar las normas legales básicas que la van a regular.

Ángel Hernández Merino

