



***Plan de mejora de Atención Primaria.
Valoración de AMYTS. Mayo de 2021***

Preámbulo

En AMYTS defendemos que las necesidades de inversión en Atención Primaria son muy superiores a las planteadas en tres años en el nuevo Plan de Mejora Integral de Atención Primaria recientemente presentado a las OOSS en Mesa Sectorial, siendo evidente que la brecha de % de gasto hospital/primaria, no solo no se disminuirá, sino que se acrecentará, alejándonos aún más del objetivo del 25% de gasto sanitario para atención primaria. **Si esta inversión no se hace, si la situación no se revierte, el modelo de Atención Primaria está abocado a ser inviable:** no habrá médicos que lo puedan sostener, siendo este plan presentado el que haga imposible la fidelización de los nuevos profesionales, que retenga el talento de los formados en Madrid, y no digamos ya de atraer a profesionales de otras CCAA. **Si este es el objetivo de este plan y el de la Consejería de Sanidad, lo que hace falta es que se reconozca y que se plantee qué alternativa se tiene y en qué consiste.**

Hacemos ahora un breve repaso del pasado reciente.

El pasado mes de septiembre de 2020, como respuesta a una convocatoria de Huelga de AMYTS, la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, presentó en la sede de Presidencia su Plan Integral para la Atención Primaria y que también contempla mejoras para el personal facultativo del SUMMA 112. Este estaba dotado de 82,67 millones de euros en tres años, con medidas económicas y organizativas. Lo hizo ante las organizaciones presentes en Mesa Sectorial de Sanidad.

También anunció en sede de la Asamblea este mismo plan, que sería puesto en marcha antes de final de 2020.

Como resultado de la negociación del Comité de Huelga de AMYTS con la Dirección General de RRHH, se firmó un acuerdo de suspensión de esta, al ser recogidas en el mismo diferentes medidas retributivas y organizativas, en parte contempladas en el plan anteriormente mencionado.

En el [plan inicial presentado en Presidencia](#) se planteaban las siguientes partidas:

- Medidas estructurales. 49 millones de euros:
 - Equiparación retributiva de médicos, psicólogos y odontólogos (esto negociado y aceptado con el comité de huelga): **35,9 millones de euros**. La equiparación sería para la Atención Primaria, incluidos SAR. Desde AMYTS también solicitamos la inclusión de los farmacéuticos de Atención Primaria.
 - Plazas de difícil cobertura. **10,6 millones de euros**. Incremento retributivo del 25% sobre la retribución, aproximadamente 11 millones de euros.
- Medidas coyunturales. **9,4 millones**.
 - Módulos de actividad complementaria con valor de 200 euros por 4 horas para facultativos

Posteriormente, ante la falta de cumplimiento de dichos acuerdos, por parte de la Administración se nos informa en diciembre de 2020 que la Consejería de Hacienda no admite las medidas económicas previstas en el citado plan, siendo necesario establecer otro procedimiento para incrementar las retribuciones de los facultativos de forma no “lineal”.

Teniendo presente que ahora se plantea una mejora retributiva vinculada a la TIS y no lineal, conviene tener en cuenta antes de empezar a analizar el nuevo plan presentado, los datos siguientes:

- TIS en la Comunidad de Madrid 2019: 6.734.391 (según Memoria del SERMAS 2019)
- Si dividiéramos los 35,9 millones de productividad fija del citado plan entre las TIS obtendríamos una cuantía media individual de 5,33 euros al año por tarjeta.
- Estos 5,33 euros supondrían un incremento de 0,44 euros por tarjeta y mes.
- Por otra parte, los 10,6 millones para plazas de difícil cobertura representan una retribución extra para 936 plazas de médicos.

La mejora retributiva vinculada a tarjetas tendría serios inconvenientes, al no estar debidamente cuantificadas las diferencias del valor de tarjeta en función de nivel socioeconómico, presión asistencial, etc. Así, **es bien conocido como centros en los que el número de tarjetas/facultativo es más bajo, sin embargo, generan una elevada frecuentación y presión asistencial que se traduce en más carga de trabajo**, penosidad y menor retribución. Si bien parece imprescindible el incremento del valor de la TIS, con el fin de reconocer a aquellos cupos más masificados, no obstante, esta solución no resolvería los problemas de los cupos con alta presión asistencial y bajo número de tarjetas (cupos de zonas con bajo nivel socioeconómico y **cupos de pediatría**, que tienen estructuralmente ese problema desde el inicio lo que contribuye al déficit crítico de pediatras en Atención Primaria).

Por ello, debemos encontrar un sistema que mejore y equipare los diferentes centros y las retribuciones de sus facultativos.

Se necesita un sistema que equilibre la carga de trabajo y la retribución, que acabe con el modelo en el que se puede tener muy alta presión asistencial y sin embargo una menor retribución por tener menos tarjetas asignadas para que los cupos se adapten a una mayor frecuentación. Este modelo solo ajusta parcialmente el tamaño del cupo a la frecuentación, pero no compensa el déficit retributivo ocasionado.

De esta manera, es necesario establecer un modelo de retribución de la TIS que aúne y equilibre el valor de esta, acercando la retribución a un punto medio en el que el número de tarjetas y la carga asistencial se equiparen y tengan una retribución más homogénea. Se podrían considerar los datos de los “**umbrales**”, la **presión asistencial, frecuentación y nivel socio económico de la zona básica** como punto de partida para hacer una nueva valoración de cada tarjeta. Una forma podría ser la creación de un **nuevo coeficiente**, como los coeficientes de dispersión, que podría estar vinculado a la necesidad de que los cupos sean más reducidos.

Este modelo no es válido para el SAR, SUMMA 112, psicólogos, odontólogos y farmacéuticos que deben ser equiparados a la atención hospitalaria incrementando

en la cuantía prometida el complemento de productividad fija, al no tener retribución ligada a tarjeta sanitaria.

Debe ser la Administración, que tiene conocimiento cierto de todos los datos necesarios para hacer los cálculos, quien haga el estudio correspondiente y presente la propuesta para su análisis y valoración en el correspondiente ámbito de negociación, la Mesa Sectorial.

También es imprescindible definir de forma objetiva el concepto de plaza de difícil cobertura, una definición fundamental para poder hacer el correspondiente mapa de plazas afectadas. Desde AMYTS entendemos que la **plaza de difícil cobertura** debe tener relación, entre otros factores, con:

- las vacantes descubiertas de forma crónica, definiendo temporalmente cuánto se considera tiempo necesario para determinar que una plaza reúne esta característica.
- no cobertura habitual por bolsa, debe valorarse la “rotación excesiva” en su cobertura.
- turno fijo de tarde sin deslizante.
- proveedor único habitualmente o proveedor único de facto por ausencias no suplidas
- presión asistencial elevada por encima de un porcentaje a determinar sobre la media del área asistencial, etc.,

Es decir, unos criterios medibles y que sean claros y conocidos por todos. También es necesario valorar el incentivo para la cobertura de estas plazas con medidas no retributivas, por ejemplo, premiar el tiempo trabajado en ellas a efectos de baremos en bolsa y OPEs.

En definitiva, poner en marcha de forma inmediata las **medidas retributivas** que consigan hacer que el ejercicio de la Medicina en Atención Primaria ya sea para médicos de familia, pediatras, odontólogos, psicólogos clínicos o farmacéuticos sea atractivo, que permita fidelizar a los nuevos especialistas, incluso ser capaces de hacer que retornen los profesionales que han abandonado la Comunidad de Madrid. El retorno de los facultativos a la Atención Primaria conseguirá, de modo secundario, la deseada disminución de presión asistencial que finalmente consiga devolver a este nivel el bienestar a sus trabajadores y la adecuada atención a la población.

Valoración del Nuevo Plan de Mejora Integral de Atención Primaria

La propuesta presentada por la Administración no reconoce lo anteriormente expuesto y **“reparte” lo que se presentó en septiembre entre todas las categorías**. No podemos oponernos a que todos tengan mejoras, por supuesto, pero lo que no podemos asumir es que se haga en detrimento de las inicialmente asignadas a los facultativos, que son los que soportan la mayor sobrecarga laboral y dificultad para la cobertura de plazas en este nivel asistencial desde hace años.

Y no solo se “reparte” con todos los profesionales, es que, de **la cuantía anunciada en septiembre, 82,67 millones de euros, se baja ahora a 73.688.066**, es decir, se disminuyen 8.981.934 €.

En relación con el precio de la TIS, la nueva tabla de edad y asignación de valor G, no es admisible y no lo es por ser una modificación insignificante para los médicos. A título de ejemplo se valora el **impacto en un cupo real de un centro G2**, con 1.379 TIS de 14-64 años y 380 de mayores de 65 años. En este caso y con las nuevas cuantías asignadas por los tramos de edad propuestos, la diferencia en nómina es de **37,38 euros mensuales**. Además, en este caso concreto, al no ser un centro con nueva asignación por TSA (tarjeta sanitaria atendida) y ruralidad, esta sería toda la “mejora”, frente a la inicialmente prevista “equiparación retributiva” del plan inicial, cifrada en **484,09 euros/mes en concepto de complemento de productividad fija**.

En algunos valores de la tabla de valores de TSI que se presenta como alternativa a la actual para algunos tramos de edad no solo no se produce un incremento retributivo, sino que se disminuye: por ejemplo, **entre los 7 y 13 años se disminuye el valor TSI para los G2, G3 y G4 mientras se incrementa para el G1**. Esto mismo ocurre en la división del grupo etario de 14 a 65: se mantiene el valor del tramo 14-49, pero **hay cambios importantes en el de 50-64, dónde para el G1 aumenta mientras G2, G3 y G4 disminuyen**. El **incremento medio ligado a TIS es de 58,04 €/mes**.

Para **pediatría** también se plantea un sistema nuevo de tramos de edad en el que sí hay mejora para el de 0-2 años, pero en el resto se produce un **fenómeno similar al de los médicos de familia**, con incremento en el G1 y **disminución de valores de los G2, G3 y G4, algo inexplicable**. Según los datos proporcionados, **el incremento de retribución por TIS medio es de 62,24 €/mes**.

Se crea un **nuevo concepto retributivo ligado a la TSA (tarjeta sanitaria atendida)**, relacionado con la población atendida y no con la población asignada. Esto, además, **se hace de forma arbitraria estableciendo un punto de corte en un valor del 85%** que sin explicar la justificación de este punto de corte (teniendo en cuenta que la presión asistencial actual es elevada en la gran mayoría de las consultas de facultativos, entendemos que sólo se busca incluir el menos número de centros posible o ajustado a sus cálculos). Que se tenga mas población atendida respecto a la asignada no parece que tenga relación directa con la presión asistencial, la frecuentación y las cargas de trabajo. Puede tener una población atendida menor, pero ser de un nivel socioeconómico más bajo, tener mucha población asignada de residencias de mayores, etc. Por ello, este concepto no lo compartimos.

Creemos que **es más adecuado ligar el concepto retributivo a la demanda asistencial y frecuentación**, de tal forma que se valore todo aquel “cupos” que tenga un % de demanda mayor a la establecida en la Ley de Presupuestos, de tal forma que, por ejemplo, se hagan tramos por superar la agenda máxima ideal en una cuantía de hasta el 25%, del 25% al 50%, del 50% al 75% y mas del 75%. Y en relación con esto, no podemos, en ningún caso, admitir que esta alta demanda de consultas se debe al manido y habitual justificación de la gerencia, ese que siempre mantienen y de nuevo apuntan en este plan, que “os gestionáis mal”. Por tanto, aunque no compartimos este “nuevo plan” y reiteramos que hay que respetar el presentado en septiembre de 2020 y en concreto el acuerdo de suspensión de la huelga, en todo caso, **el importe destinado a la retribución por TSA debería reconvertirse a este enfoque relacionado con la demanda**.

En el plan de septiembre se contemplaban 10,6 millones para plazas de difícil cobertura, algo que no se menciona ya en el plan presentado en la última Mesa Sectorial. **Entendemos que lo que ahora denominan “ruralidad” sería el equivalente a plazas de difícil cobertura**, aunque no son conceptos similares. La ruralidad, su dispersión, lejanía, “soledad”, son factores de penosidad, pero no quiere ello decir que en todo caso sean todas plazas de difícil cobertura. Según la memoria económica, para este nuevo concepto se destinan 4,6 millones, es decir, de nuevo hay una **reducción de 5.989.984 millones sobre la propuesta inicial**.

Del cuadro resumen 5 de la repercusión en la retribución mensual de los profesionales hay que decir que se presentan cuantías medias, pero no especifican más datos y por tanto no sabemos cuántos profesionales hay en cada uno de los diferentes conceptos. Cuántos, como el caso presentado, quedarán en lo escasos 50 euros, cuántos llegan a cobrar TSA y ruralidad, etc.

Por otra parte, en el plan presentado se reconoce que la media de ausencias diarias de los profesionales es de un 15%, (**pero el documento presentado por la Gerencia el 14 de mayo presenta los datos de 15% de ausencia de MF y un 17,4% de pediatras y no dan los datos de odontólogos**), lo que significa que **cada día faltan 600 médicos de familia y 150 pediatras**. Los incrementos de plantilla que se proponen, 264 médicos de familia y 84 pediatras son manifiestamente insuficientes. Hay que tener en cuenta, además, que la plantilla está muy envejecida y por ello las ausencias por permisos e incluso por IT irá en aumento. A ello hay que añadir que en los próximos 5 años se jubilan aproximadamente el 25% de los médicos, es decir 1.250 facultativos. **Todo ello hace que no se considere adecuada la propuesta de incremento de plantilla, entendiéndose que sería necesario que al menos 600 médicos de familia y 150 pediatras se incorporen de forma urgente a las plantillas orgánicas y reales de los centros de salud y que sean cubiertas todas las vacantes de las próximas jubilaciones (1.250 en 5 años)**. Es decir, se necesitan de forma urgente un total de 750 y una previsión de cobertura a 5 años de 1.250. Conviene tener en cuenta que, con la plantilla actual, existe un reconocimiento expreso por parte de la Administración de un déficit estructural del 12% (que requiere de suplentes que no hay) y cuya cobertura permitiría la auto suplencia sin necesidad de tener contratos precarios de suplentes, puesto que las plantillas tendrían capacidad de auto suplirse. En la presentación del plan realizada en mesa sectorial, ya se dijo que ni con la contratación de todos los residentes de medicina de familia y pediatría que terminan cada año, se cubrirían las jubilaciones. Hay que recordar que este año de 223 nuevos médicos de familia, solo 89 han presentado solicitud para entrar en bolsa de empleo.

En resumen:

- déficit estructural de plantilla: 600 MF y 150 pediatras. ***Para dar atención a la demanda asistencial de la población con la calidad adecuada***
- Déficit por ausencias diarias a día de hoy según datos de la gerencia: 574 MF y 174 pediatras. ***Incremento necesario para poder asumir las ausencias habituales***
- Previsión de jubilaciones a 5 años: 1250 facultativos

Es decir, se necesitan 1.174 MF Y 324 pediatras de forma urgente y una previsión de 1.250 facultativos a 5 años, que cubran las bajas por jubilación.

En cuanto a las “medidas organizativas” hay que decir que son un “catálogo de buenas intenciones” sin tener nada cerrado o ya en marcha. Medidas que llevamos escuchando desde hace años y que no se concretan en nada. Declaración de buenas intenciones y “proyectos” sin implantar, sin desarrollar, sin contar con cronogramas de trabajo e implantación, etc.

Es necesario establecer de forma inmediata un control de la demanda que permita que el médico disponga de agendas cerradas y con un número de citas máximo, sin tener la agenda abierta (que es una de las causas del deterioro de la Atención Primaria) y a disposición de la Unidad Administrativa que puede “forzar cuantas citas” sean necesarias. **Hacer un triaje de los “sin cita” por parte de enfermería es fundamental**, siendo quien canalice la demanda de asistencia hacia el profesional mas adecuado o a la cita que en agenda corresponda. **Si no se limita la agenda, los médicos continuarán teniendo demandas inasumibles.** Un dimensionamiento de plantillas acorde a la demanda asistencial permite disponer cada día de un profesional dedicado al paciente sin cita que requiera asistencia previa triaje por enfermería.

En ningún momento se plantea de forma concreta una adecuación de horarios, implantar de forma clara los turnos deslizantes y bisagra, cerrar los centros a las 18h, algo que el plan piloto demostró ser muy eficaz, etc. Si la Administración persiste en su incapacidad para cubrir las plazas de facultativos se hará inevitable prescindir del turno de tarde para facultativos, tal y como de hecho ya está ocurriendo en algunos centros y como se organiza la Atención Primaria en la mayoría de las Comunidades Autónomas.

Creemos que este plan no mejora la Atención Primaria e incluso la empeora, no logrará hacer atractivo el trabajo de los médicos en atención primaria, no soluciona el problema de falta de médicos y alta presión asistencial. No es incentivador. Por ello, **entendemos que continuará la consulta masificada, de baja calidad asistencial, desmotivadora para el profesional y los pacientes.** Consultas que seguirán siendo muy superiores a los que se contempla como óptimo y que los propios presupuestos de la Comunidad cifran de forma clara en 31 pacientes para médicos de familia y 21 para pediatras. Es decir, seguiremos haciendo una medicina de “cupos”, en la que el profesional apenas puede dedicar tiempo al paciente y eso convierte la consulta en un trámite de distribución de pacientes hacia el nivel hospitalario, siendo apenas resolutivo y cargado de burocracia.

Echamos en falta una mención a la inversión necesaria para implementar la tecnología necesaria para mejorar la bolsa de contratación de Atención Primaria que la haga transparente y ágil, en la que los participantes tengan información en tiempo real de su situación para obtener una interinidad, etc. Valorando la revisión del pacto de bolsa 2016 para que las incorporaciones sean abiertas y permanentes.

En resumen, desde AMYTS manifestamos nuestro rechazo al plan presentado, insistimos en que, **como mínimo, debe respetarse lo acordado en septiembre de 2020** y que, si la inversión necesaria para afrontar mejoras en todos los profesionales es necesaria, que se doten de los recursos económicos suficientes, no en detrimento

de los planteado para los facultativos. **Quedan claramente fuera de esta propuesta el personal que ya estaba incluido en el plan inicial, odontólogos, psicólogos, médicos del SUMMA112 y aquellos que desde AMYTS solicitamos también sean equiparados, los farmacéuticos de Atención Primaria.**

Tampoco se hace mención a lo que sí se dijo en la presentación de este plan en Mesa Sectorial sobre el **futuro de los SUAP y su posible integración en Atención Primaria**. Cuando, cómo, en qué condiciones, etc., no se informa de nada de ello, quedando como incógnita también el futuro de las UAD (unidad de Atención Domiciliaria) que actualmente dependen del SUMMA 112.

Como dijimos al principio, reiteramos que las necesidades de inversión en Atención Primaria son muy superiores a las planteadas en tres años, siendo evidente que la brecha de % de gasto hospital/primaria, no solo no se disminuirá, sino que se acrecentará, alejándonos aún más del objetivo del 25% de gasto sanitario para atención primaria. **Si esta inversión no se hace, si la situación no se revierte, el modelo de Atención Primaria está abocado a ser inviable**, no habrá médicos que lo puedan sostener, siendo este plan presentado el que haga imposible la fidelización de los nuevos profesionales, que retenga el talento de los formados en Madrid, y no digamos ya de atraer a profesionales de otras CCAA. **Si este es el objetivo de este plan y el de la Consejería de Sanidad, lo que hace falta es que se reconozca y que se plantee qué alternativa se tiene y en qué consiste.**

A todo esto, hay que añadir los siguientes comentarios en relación con el plan presentado:

- En el 1.a categorías profesionales que precisan la adopción de esta medida a corto plazo: hablan de un cuadro que no aparece. Creemos que se refiere a MF y pediatras, pero no están mencionados
- 1.b USBD: no se nombra a los odontólogos en las necesidades de incremento de plantillas.
- 1.c la plantilla de los médicos SAR tampoco tiene un estudio concreto de las necesidades de plantilla. Desconocemos la plantilla actualizada de los ESAD según el plan integral de cuidados paliativos. ¿Van a pasar los psicólogos de primaria recientemente contratados a AH?
- 1.d. No podemos compartir el incremento de plantilla en los servicios centrales cuando la necesidad mas perentoria es en los centros de salud. Entendemos que necesitan una modernización e incremento de herramientas tecnológicas para facilitar el trabajo de los existentes.
- 2. No se recoge la retribución por tarjeta a los odontólogos, aunque se hace mención a ella.
- 3. El objetivo debe ser el correcto dimensionamiento de las plantillas que permita la sostenibilidad de la Atención primaria, permitiendo mantener demandas adecuadas, sin tener que basarse en la existencia de empleo precario (suplencias).
- En algunos cuadros de TSI 3.c tabla A está mal el epígrafe >80, figura <80.

- 3.d Falta incluir a los facultativos en el complemento de mejora de Atención domiciliaria a los facultativos. Igualmente echamos en falta la mención a la presión asistencial objetivo para médicos de familia y pediatra contemplada en la Ley de presupuestos 2019 (31 MF Y 21 pediatras) tal y como sí se hace con otras categorías
- 4. Nos sorprende que sí se haya podido implementar una “herramienta informática para el uso eficiente de estos módulos”, pero no se especifica el pago concreto de los facultativos.
- 5. Sobran todas las alusiones que culpabilizan a los facultativos de los problemas burocráticos o de elevada demanda de las consultas. Es falso e injusto. En relación al comentario sobre la pediatría, no es que “falten pediatras que quieran trabajar”, **lo que faltan son condiciones laborales que atraigan a estos profesionales a este nivel asistencial**. Asimismo es preciso tratar a la población con respeto y sin ocultarles la falta de profesionales, disfrazándolo de **recursos que también requieren tiempo por parte de los profesionales** con frases tipo *“desarrollo de las soluciones tecnológicas que mejoren la accesibilidad de la atención al centro o que permitan eliminar visitas de poco valor añadido para el ciudadano: fomento de sistemas alternativos de cita, implantación de la consulta asíncrona, avance en la accesibilidad y funcionalidad de la carpeta del paciente y diseño de soluciones asistenciales que permitan dar respuesta más amplia a necesidades sanitarias de los ciudadanos”*