



***Informe Mesa Sectorial extraordinaria de  
05 de octubre de 2021***

## **1. Estado de negociación Plan de mejora de Atención Primaria.**

La **DG de RRHH** refiere que la intención de esta mesa sectorial es para valorar el estado de la situación de la negociación del plan de atención primaria. Repasa las diversas reuniones en las que se ha tratado: Mesa extraordinaria del 13 de mayo, Mesa extraordinaria del 24 de mayo. El 1 de junio se acordó crear un grupo de trabajo y en el grupo de trabajo hubo dos reuniones el 13 de julio y el 23 de septiembre. La intención de la Administración es parar, reflexionar y con la responsabilidad de ambas partes reconducir esta situación y conseguir incluir en la Atención Primaria las mejoras que contempla el plan. Reconoce que quizás la Administración no ha sido capaz de trasladar la envergadura que consideran que tiene el plan. Hoy van a tratar de dar la visión global de todas las medidas, que entienden que sí que son el plan integral de AP que comprende cuatro abordajes:

- Plan de mejora de recursos humanos, que es el que si se ha presentado en esta mesa.
- Plan de mejora de infraestructuras.
- Plan de mejoras en sistemas de información.
- Plan de mejoras organizativas.

La importancia de todas estas medidas forman lo que sí que consideran que toca todas las áreas de mejora de la Atención Primaria. Calculan que contemplaría 200 millones, 80 en recursos humanos, 30 en infraestructuras, 16 en desarrollo de sistemas de información. Y medidas organizativas no cuantificadas que también suponen inversión y avance. Refieren haber pretendido hacerlo de forma consensuada, pero son medidas que no van poder demorar en el tiempo y que tendrán que tomar aunque no haya acuerdo.

**El DG de Asistencia Sanitaria y Aseguramiento cuenta el Interterritorial del pasado jueves en Canarias** sobre la preocupación, que se replica en todas las comunidades, sobre la situación de la Atención Primaria. Recuerda el plan del 2019 que no se llegó a avanzar por la pandemia. Especifica que se llegó al compromiso de redactar un plan de acción que esté listo antes de fin de año. Habla de los bloques:

- Recursos humanos, hablar de nuevos perfiles profesionales (administrativos sanitario, etc.), aumentar el número de profesionales, condiciones laborales y la contratación en zonas de difícil cobertura. Hacer un mapa para considerar el criterio para considerar una plaza de difícil cobertura. Modelo asistencial de Atención Primaria como eje vertebrador del sistema, revisión de cartera de servicios. Revisión de la salud bucodental y catálogo de pruebas complementarias. Se habló de los recursos y la financiación para lo que se consideró un dinero que sería finalista para AP, no conocen la cantidad.

- Potenciar la digitalización, la parte de calidad (no hacer) y orientar la AP a la parte comunitaria y de prevención.
- Tercer bloque gestión, demanda asistencial, aumentar los modelos de autonomía de gestión y la desburocratización sobre todo basado en el tema de la IT.

Solamente llegaron a tratar el primer bloque, donde se desglosaron las peculiaridades de cada comunidad y lo que se solicitaba al ministerio. Hay medidas a corto plazo y a medio plazo. Se solicitó por la CA que se agilice por parte del Ministerio el tema de las homologaciones. La ministra habló de que estaban trabajando en aumentar las plazas MIR revisando el propio plan de la ruta formativa de la especialidad (hoy por hoy 50% peso es ámbito hospitalario y 50% AP) y se habló de dar un 70% a la AP con la presencia de la DG de profesiones sanitarias del Ministerio. Y que el último año se tenga más autonomía por parte de los residentes y se mejore la acreditación de las unidades docentes para que haya más (ej. que no sea limitante el número de partos). Cada vez la Atención Primaria resulta menos atractiva para que la gente quiera ser tutor de residentes. No se llegó a consenso sobre MIR específico. Quedó pendiente el decreto de la especialidad de urgencias. Sí que está avanzado en la vía extraordinaria de los EIR. Al final se hizo un decálogo que es público y ayer en la Asamblea se adhieron los grupos políticos. Es genérico y no “aterriza” nada. Cada CA tiene su problemática. El Ministerio se comprometió a hacer un grupo de trabajo con las tasas de reposición del 2021 al 2035.

Refieren que van a facilitar las presentaciones, el DG de Asistencia Sanitaria presenta sistemas de información e infraestructuras y la Gerencia de AP medidas organizativas con dos presentaciones: 1º una que engloba todos los proyectos del plan para el cambio “Hacer posible una mejor Atención Primaria” y “Gestión del cambio”.

Destacamos de la intervención posterior de la Gerente de AP que son partidarios de la reordenación asistencial que va a ser el de cada centro de salud, aunque sea difícil de entender. Cada centro va a evaluar cómo está haciendo las cosas y cómo quiere hacerlas y lo que necesita para llevarlo a cabo. Refirió que los centros tienen que enfrentar como equipo las demandas de su ZBS. No son de obligada implementación, en cada centro se pondrán en marcha o no según los centros. Inciden en el proyecto de gestión aguda de la demanda trabajado con el Colegio de Enfermería. Se va a presentar a los “equipos del cambio” por todas las DA: unidades de Atención Específica facilitando el acceso de los ciudadanos con las UAE directamente, excepto en el caso de los fisioterapeutas que reconoce que se colapsarían si no se gestionara la demanda. Es un poco darle la vuelta al modelo en que ahora todo va al médico y el médico cita con matrona o trabajo social. Para recuperar un tiempo en las agendas. Proyecto de la “demanda no demorable”.

**DG de RRHH**, con respecto a la parte de recursos humanos: el proyecto que era para una duración de 3 años, a Hacienda se le ha planteado que dado que el 2021 está finalizando, se haga en 2, 46,8 en 2022 y el resto para 2023. Sobre llegar a los 80 millones (77.800.000), la DG de RRHH plantea que se podrá llegar a los 80. De las

medidas que nos habían presentado en RRHHs que luego se entraría, si se logra trabajar todos juntos, mantienen las 1. 222 plazas de nueva creación, TSI y valoración de TSA. Sobre la compensación por ausencias de larga duración que era variable en función de lo que se pudiera justificar se ha fijado en unos 4 millones que podría ser algo más hasta los 80 que habría que distribuir y ver de qué manera trabajar. Todas estas medidas que serían objeto de la mesa sectorial componen parte del plan integral de los 200 millones que irían a la mejora. Refieren que es una inversión inicial pero que sería un **gasto consolidable**. Preguntada por los fondos de resiliencia, la DG refiere que tan solo ha recibido 120 millones por parte del Estado (media de gasto por Covid de 32 millones mensuales, no ha dado ni para 4 meses). Por su parte aseguran que cuando la Gerencia de Atención Primaria trasmite que son necesarios cubrir la jubilaciones se cubren. Marcan prioridades en la estabilización de las plantillas y que los eventuales que lleven más de dos años pasen a plantilla estructural.

## **AMYTS**

Agradece la presencia de la Gerente de Atención Primaria y del DG de Asistencia y Aseguramiento Sanitario en la mesa. Efectivamente la presentación se habría agradecido antes, pero **sigue sin parecernos integral, ni realista para los facultativos, ni suficiente en su conjunto, en el sentido presupuestario habría que superar que la Comunidad de Madrid sea la penúltima en gasto sanitario por habitante, tendiendo cuanto menos a la media de España, supondría una inversión mucho mayor.**

Hemos sabido que ayer la gerente de Atención Primaria, aquí presente, usó un párrafo de una carta nuestra sobre problemas surgidos con los módulos en la Comisión de Sanidad de la Asamblea (*“Les recordamos que gracias a esta herramienta de gestión se ha salvado el no cerrar centros de salud, y mantenerlos con facultativos, por tanto, con calidad asistencial, durante el verano”*). Y volvemos, como en la mesa sectorial, a especificar el contenido de la carta completa, que aún no ha recibido contestación por parte de la Gerencia de Atención Primaria:

*“Estimados Sres.:*

*Hemos recibido noticias sobre la suspensión de los módulos 200 EUROS/ 4 HORAS, en dos Direcciones Asistenciales (DANO y DAE), en las cuales les obligan a aplicarlos sólo cuando falten como mínimo un 35 % de facultativos, lo que ha supuesto un descontento generalizado.*

*Les recordamos que gracias a esta herramienta de gestión se ha salvado el no cerrar centros de salud, y mantenerlos con facultativos, por tanto, con calidad asistencial, durante el verano.*

*Por otra parte, los centros de salud donde NO se les permite realizar módulos, también se les prohíbe **la utilización de su presupuesto asignado en CAPÍTULO I, a día de hoy hay centros con ese dinero inmovilizado.***

*Les recordamos que sigue habiendo un déficit de FACULTATIVOS insostenible y no justifica inmovilizar presupuesto de los centros y además suspender los módulos.*

***Les solicitamos nos informen en contestación a esta carta, de esta nueva orden y de las razones que los ha llevado aplicarla. Esto supone como saben, un aumento de presión asistencial en unas agendas ya saturadas, lo cual redundará en un perjuicio a la atención sanitaria a la población que debería ser INFORMADA.***

*Sin otro particular y en espera de su pronta respuesta:*

**SECTOR PRIMARIA AMYTS"**

En **AMYTS** sabemos perfectamente que los módulos son un parche ante una situación prácticamente desesperada en la que sin dichos módulos habría tenido que cerrarse un importante número de centros de salud durante este verano. De nuevo consideramos que la gestión por parte de la GAP de dichos módulos, incluyendo las informaciones transmitidas a algunas direcciones asistenciales que han enfadado muchísimo a los profesionales insinuando abuso de ellos, ha sido nefasta. **Acepten que es una medida de emergencia, determinan en qué centros no les queda más remedio que ofrecerlos y evalúen resultados. Nosotros** consideramos que la GAP debería responder sin necesidad de elevarlo a la mesa sectorial.

Sobre el estado de la negociación del Plan de Mejora de la Atención Primaria, nos parece insuficiente e impuesto. **Depositara la responsabilidad en los profesionales y gestionar a gasto cero ha sido la única gestión de la Atención Primaria en la última década y ahora todos sufrimos las consecuencias.** Y estas presentaciones parecen más ciencia ficción que actuaciones concretas dada la gravedad de la situación.

Desde AMYTS llevamos años aportando propuestas que no han sido tenidas en cuenta, de nuevo especificamos algunas de ellas que creemos que sí aportarían mejoras para la situación de la Atención Primaria madrileña y que se aportarán para las alegaciones (1).

De las que se destaca la carencia actual y de facultativos (**se necesitan 1.174 MF Y 324 pediatras de forma urgente**) y la necesidad de 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 (31 para especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y 21 en especialistas de Pediatría), sin tener una agenda abierta con citas infinitas.

Así que no, Sra. DG de RRHHs, SR. DG de Asistencia y Aseguramiento y Sra. Gerente de Atención Primaria, **AMYTS no se niega a negociar, AMYTS se niega a participar en un imposición y en unas medidas que parecen más orientadas a maquillar la situación de la Atención Primaria de la Comunidad de Madrid que a arreglarla.**

Pregunte a sus gerentes adjuntos cuántas citas les hemos pedido para resolver, cuántas denuncias a la inspección de trabajo, cuántos profesionales reventados por los riesgos psicosociales, el aumento de consultas del PAIPSE...

Sin respuesta por parte de la Administración. Continúa la ronda de OOSS.

**DG** refiere que tienen que ir dando pasos para ir implementando las medidas y que lo pueden hacer de forma unilateral sin las OOSS o hacerlo en conjunto con las OOSS. Piden posicionamiento sobre mantener la negociación de la parte de recursos humanos (TSI, TSA, retribuciones por plaza descubierta), sin que contemplen un aumento del plan. Refieren que remitirán por escrito de nuevo el contenido del plan en lo referente a recursos humanos.

**AMYTS** se remite a esperar la información y **su postura contraria al plan tal y como está planteado.**

(1)

**Aproximación a las propuestas de AMYTS para mejorar la grave situación de la Atención Primaria en Madrid que se harán llegar a la DG de RRHHs para que consten en alegaciones.**

#### **¿Cuál es la situación del problema?**

En AMYTS defendemos que **las necesidades de inversión en Atención Primaria son muy superiores a las planteadas en tres años en el borrador del nuevo Plan de Mejora Integral de Atención Primaria presentado a las OOSS en Mesa Sectorial.**

**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, considerando que el plan presentado es del todo insuficiente. Además, hay que tener en cuenta que **actualmente hay una importante parte de la población pediátrica y de adultos sin facultativo asignado, que estimamos en una cuarta parte de la población.** Todos estos planes de gerencia son, para que se entienda, como presentarnos cómo se va a ayudar a una familia en los estudios de grado medio y universitario cuando no tienen cómo dar de comer a sus hijos. Tenemos un 25% de la población madrileña sin médico asignado y por tanto a los que hay sobrecargados y cansados. 285 médicos de familia en tres años son insuficientes, 85 pediatras en tres años son insuficientes.

#### **¿Cuál es el histórico que hay que tener en cuenta?**

El pasado mes de septiembre de 2020 y como respuesta a la convocatoria de huelga de AMYTS, la presidenta de la Comunidad de Madrid, Isabel Díaz Ayuso, presentó un Plan de Mejora de Atención Primaria de 82,67 millones de euros en tres años. A raíz de dicho plan, y unido a negociaciones, se firmó un acuerdo de desconvocatoria de huelga que recogía medidas organizativas y retributivas concretas.



Asistimos al paso de los meses, al **incumplimiento** de dicho acuerdo, y a la presentación de un borrador de un segundo plan, muy diferente a lo pactado, en marzo del 2021.

- Las necesidades de inversión en Atención Primaria son muy superiores a las planteadas en tres años. La cuantía anunciada en septiembre, 82,67 millones de euros, se baja ahora a 73.688.066, ahora vuelve a subir a un futurible de 80.
- En el plan de septiembre de 2020 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 y que formó parte de la negociación de salida de huelga.

**Por ello proponemos una serie de medidas indispensables para la sostenibilidad de una Atención Primaria de calidad:**

- **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. Es decir, el horizonte de plantilla de facultativos necesaria en AP en los próximos cinco años asciende a al menos 2500 facultativos.
- 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 (31 para especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y 21 en especialistas de Pediatría), sin tener una agenda abierta con citas infinitas (que es una de las causas del deterioro de la Atención Primaria) y a disposición de la Unidad Administrativa que puede “forzar cuantas citas solicite la población”. Para dar una calidad asistencial adecuada, es vital un tiempo suficiente y los recursos necesarios, y la propia gerente lo ha explicado en el caso de los fisioterapeutas.
- Hacer un **triaje de los “sin cita” por parte del EAP** es fundamental, canalizándose la demanda hacia otros profesionales (sanitarios o no), no facultativos, dado que son estos, los facultativos, los que tienen una sobrecarga asistencial desbordada y sus agendas no pueden ser ilimitadas.
- 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.
- 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.
  - dispositivo único habitualmente o dispositivo único de facto por ausencias no suplidas.
  - presión asistencial elevada por encima de un porcentaje a determinar sobre la media del área asistencial, etc.,

- En estas condiciones, **dada la situación de sobrecarga y la ausencia de políticas de atracción de facultativos, creemos que no hay otra alternativa que una adecuación de horarios**, implantar de forma clara los turnos deslizantes y bisagra sin la necesidad del acuerdo del 70% del equipo. Terminar la actividad de consulta a las 18h, es una necesidad por la evidente falta de facultativos, el Plan Piloto demostró ser muy eficaz en este sentido.
- 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 tan atractivo, que permita fidelizar a los nuevos especialistas, incluso ser capaces de favorecer que retornen los profesionales que han abandonado la Comunidad de Madrid.

Mientras eso se consigue y dado que no será a corto plazo, consideramos necesario **retribuir desde el primer día de ausencia, a los médicos de familia, pediatras, odontólogos y a todo aquel facultativo que esté asumiendo repartos de consultas de otro facultativo no suplido. (IT, vacaciones, moscosos, vacantes, formación..., todo). La remuneración debería ser equivalente al sueldo del facultativo ausente.** Asimismo recordamos que se debe **proceder al cumplimiento de lo ya firmado en 2007 en mesa sectorial respecto al complemento retributivo del 15% del salario a los turnos de tarde.**

#### **A medio plazo es preciso:**

- Dada la previsión de jubilación de 1.250 facultativos en 5 años y el déficit actual de cobertura de plazas vacantes (757 MF, 206 PED, 21 ODONT) creemos imprescindible un dimensionamiento adecuado de plantillas de profesionales en cada centro, permitiendo así la reorganización efectiva del propio equipo para cubrir sus ausencias (teniendo en cuenta vacaciones, permisos, formación, índice de ITs,...).
- mejorar y optimizar la gestión de la Atención Primaria, dotándola de infraestructuras, recursos económicos y materiales suficientes.
- Convocatorias anuales de cobertura de todas las plazas vacantes.
- Recordad que para todas las mejoras, equiparaciones salariales y cobertura de ausencias, odontólogos, psicólogos y farmacéuticos son también facultativos de Atención Primaria.
- Dado que nos afecta directamente aumentando más si cabe, la sobrecarga asistencial que ya tenemos es importante **establecer la apertura inmediata de los SUAP cerrados desde finales de marzo de 2020.**