



FEBRERO DE 2019

## REIVINDICACIONES DE APSEMUEVE

DOCUMENTO DIRIGIDO A LA CONSEJERÍA DE SANIDAD DE LA  
COMUNIDAD DE MADRID

**AP SE MUEVE**

APSEMUEVEMADRID@GMAIL.COM

## 1. ¿Qué es #APsemueve?

**#APSeMueve** es un movimiento formado por más de 1000 profesionales médicos con ejercicio en el ámbito del servicio de Atención Primaria del Sistema Madrileño de Salud.

**# APSeMueve** es un movimiento espontáneo y transversal, en tanto que está formado por profesionales médicos de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud de distinta ideología y afiliación sindical, y que tienen en común la preocupación por el deterioro de sus condiciones de trabajo, que impiden una correcta atención a los pacientes.

Por tanto, **# APSeMueve** pretende integrar **a todos los médicos de familia y pediatras** con ejercicio en Atención Primaria del Sistema Madrileño de Salud: *“Queremos ser un movimiento transformador de la situación de degradación en que está sumida la AP, y que integre a todos los profesionales médicos con el compromiso de luchar unidos para dignificarla”*.

Los integrantes de **# APSeMueve** somos conscientes y estamos orgullosos de formar parte de los **Equipos de Atención Primaria**, pues sin la integración de la perspectiva, habilidades y conocimientos de los diversos perfiles profesionales que forman parte de estos equipos, la Atención Primaria como la conocemos no sería posible.

Sin embargo, la problemática que afecta a los profesionales médicos es específica, por lo que es nuestra intención denunciar estas carencias desde una perspectiva positiva y con una intención constructiva, aportando medidas para paliar los déficits que entorpecen el desarrollo de las funciones que nos han sido encomendadas específicamente a los médicos.

## 2. ¿Quiénes somos?

Somos un grupo de médicas y médicos preocupados por las actuales condiciones en las que se desarrolla nuestro trabajo, que están generando:

1. Un déficit de seguridad del paciente y una disminución de la calidad de la atención.
2. Un problema de salud laboral, debido a la sobrecarga profesional.
3. Una fuga de médicos hacia otras comunidades autónomas y hacia otros países donde las condiciones de trabajo son mejores, generando una falsa situación de falta de profesionales.

El deterioro progresivo de este sistema y la merma de la calidad asistencial que se viene prestando a la población es patente, por lo que nos hemos unido para decir “BASTA YA”.

## 3. ¿Dónde estamos?

Puedes seguirnos en Twitter ([@APsemueve](#)) y Facebook ([@APsemueve](#))

## 4. ¿Qué queremos? Resumen ejecutivo del documento.

**# APSeMueve quiere ser un movimiento transformador de la situación de degradación en que está sumida la Atención Primaria (AP), que integre a todos los médicos con el compromiso de luchar unidos para dignificarla.**

**Es un movimiento espontáneo y transversal, formado por médicos de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud** de distinta ideología y afiliación sindical, que tienen en común la preocupación por el deterioro de la Atención Primaria (AP), y los **factores que impiden una correcta atención a los pacientes y la comunidad:**

- **Déficit de seguridad del paciente y disminución de la calidad de la atención que se le presta.**
- **Problemas de salud laboral, debidos a la sobrecarga profesional.**
- **Fuga de médicos hacia otros puestos de trabajo, otras comunidades autónomas y otros países donde las condiciones laborales y profesionales son mejores, lo que genera una falsa situación de falta de profesionales.**

Los integrantes de **# APseMueve** somos conscientes y estamos orgullosos de formar parte de los **Equipos de Atención Primaria**, pues sin la integración de la perspectiva, habilidades y conocimientos de todos los perfiles profesionales que forman parte de estos equipos, la Atención Primaria como la conocemos no sería posible. Sin embargo, la problemática que afecta a los profesionales médicos es específica, APseMueve quiere denunciar estas carencias con una intención constructiva, aportando medidas para paliar los déficits que entorpecen el desarrollo de las funciones que nos han sido encomendadas específicamente a los médicos.

### **Problemas de la Atención Primaria Madrileña.**

**1. Escaso presupuesto y baja retribución del personal:** el gasto en Atención Primaria en Madrid se sitúa en los últimos años entre el 10 y el 11% del presupuesto sanitario total de la comunidad, frente al 14% de media estatal. Múltiples estudios reiteran que las retribuciones de los profesionales del SERMAS se encuentran entre las más bajas dentro del espectro de países desarrollados.

**2. Precariedad laboral:** Madrid es la segunda Comunidad Autónoma con menor número de personal médico de atención primaria; serían necesarias al menos 150 nuevas plazas de pediatría y 600 de medicina de familia. Ausencia de suplentes porque falta presupuesto, y por las malas condiciones laborales que se les ofrecen.

**3. Infraestructuras y material obsoletos:** La Atención Primaria (AP) cambia y evoluciona desde su creación pero parece que las autoridades no lo reconocen y así nos encontramos con unas infraestructuras y aparatajes completamente obsoletos para el desempeño del ejercicio de nuestra labor profesional.

**4. Burocratización de la consulta:** Gestiones que no nos corresponden y programas informáticos complicados que restan tiempo a la asistencia a las personas. Problemas burocráticos no resueltos en atención hospitalaria (derivaciones entre especialistas de hospital, recetas o ambulancias que no se han hecho en consulta de hospital), gestión de procesos de incapacidad temporal, justificantes de asistencia. Farragosos sistemas de registro de datos clínicos ideados para la gestión, no para la mejora de la calidad asistencial.

**5. Sobrecarga asistencial:** No hay límites asistenciales claros (ni de competencias ni numéricos): pudiendo un profesional atender a 60, 70 u 80 pacientes en el día en las épocas de mayor demanda o de disminución de personal (vacaciones, invierno...) Falta de profesionales de otros perfiles de AP (matronas, fisioterapeutas, trabajadores sociales, odontólogos, higienistas...) y asunción desde Medicina de Familia y Pediatría de los problemas derivados de esto.

**6. Penosidad de los turnos de trabajo. Dificultades de conciliación.**

### **Reivindicaciones de APseMueve:**

**1. Medidas presupuestarias.** Incrementar el gasto sanitario público expresado tanto en % del PIB como en € por habitante hacia cifras similares a la media estatal. Incremento del porcentaje del gasto sanitario público destinado a Atención Primaria: el 25% del gasto sanitario público total en 4 años.

**2. Medidas para paliar la precariedad laboral** Contratos largos para los suplentes. Bolsa transparente y pública, donde se puedan consultar todos los puestos y los destinos, con

actualización trimestral. Contrataciones desde bolsa o direcciones asistenciales, no mediante redes sociales. OPE anual o bienal. Presupuesto para cobertura del 100% de las ausencias.

**3. Medidas para mejorar la dotación de infraestructuras y material.** Queremos desarrollar nuestro trabajo con infraestructuras y aparataje adaptado a los conocimientos y competencias actuales de los especialistas de atención primaria y a las necesidades de la población. Pedimos:

- Dotación a todos los Centros de Salud de espacio físico suficiente y adaptado a las necesidades y organización del equipo.
- Construcción de los centros de salud pactados.
- Igualdad en la dotación de recursos materiales en todos los centros de salud de la Comunidad de Madrid.
- Dotación individual al profesional del material necesario para el ejercicio de su profesión (fonendoscopio, pulsioxímetro...).
- Dotación de vehículo propio del SERMAS a los centros de salud para la atención en domicilio.
- Distintivo sanitario que permita el aparcamiento de los vehículos particulares de los profesionales durante la asistencia en domicilio.

**4. Medidas para la desburocratización de la consulta médica:**

- Se gestionará en el hospital la burocracia de Atención Hospitalaria (AH).
- Se justificará desde los centros educativos a los progenitores que son llamados desde el propio centro escolar para acudir a recoger a un menor.
- Propuesta de creación y desarrollo de la figura del administrativo sanitario.
- No hacer justificantes de ausencias escolares.
- No hacer certificados que no competen al médico de atención primaria: de capacidad, de deportes...

**5. Medidas para paliar la sobrecarga profesional.**

- Dotación adecuada de personal con número de personas asignadas a un profesional (cupos) bien dimensionados, suplencias cubiertas desde el primer día, reposición de personal del 100%.
- Cupos con tamaño limitado no vulnerable por libre elección, ponderando su tamaño por criterios objetivos, como como edad, morbilidad, número de pacientes complejos e inmovilizados, nivel socioeconómico, dispersión, ruralidad y otros a considerar.
- Limitación de los huecos de consulta a un total de 28 por jornada laboral, que pueden ser de duración variable pero nunca menor de 12 minutos y con un tiempo total de consulta máximo de 4.5-5 horas por día (incluyendo a los pacientes sin cita no demorables y urgencias), garantizando tiempo en la jornada laboral para atención en domicilio, docencia, investigación, participación comunitaria y educación para la salud grupal.
- Debate multidisciplinar sobre competencias asistenciales entre los distintos profesionales de atención primaria.
- Devolver a las personas y la comunidad la gestión de su propia salud: campañas informativas sobre uso de servicios sanitarios, enfermedades que no requieren atención médica, funcionamiento centros de salud, creación de teléfono de consultas médicas, hacer real el contenido curricular en educación sobre promoción y prevención de salud.
- Creación de un observatorio de sobrecarga asistencial y burnout en atención primaria.
- Redefinir la relación con la atención hospitalaria.

**6. Medidas para paliar la penosidad de los turnos de trabajo y las dificultades de conciliación.**

Respecto a la propuesta de cambio de horarios de la Consejería de Sanidad de Madrid APseMueve decidió en su primera asamblea de 15/12/18 no posicionarse a la espera de resultados y hacer una propuesta propia:

- Turnos que reorienten los horarios de trabajo y, sin mermar la accesibilidad y la longitudinalidad de la atención, favorezcan la conciliación de los profesionales y hagan más atractivo el trabajo en primaria.
- Avanzar progresivamente a turnos de tres mañanas y dos tardes (que ya han demostrado ventajas para profesionales y aceptados por la población), para llegar a 4 mañanas y una tarde para todos los profesionales del equipo de atención primaria.
- Apostar por la racionalización de horarios laborales para llegar al cierre de los centros a las 20h, con jornadas laborales de 7 horas diarias. Desde las 20h empezarán a funcionar los dispositivos de urgencias extrahospitalarias.

Es necesario **implantar medidas de forma urgente** con un plan de choque inmediato, pero con una **visión de futuro** que defienda y potencie los **valores de este nivel asistencial** y los beneficios que tiene para la salud de la población y la comunidad:

Establecer un mínimo de **12 minutos para atender a cada paciente**.

Establecer un máximo total de **28 pacientes por profesional y jornada**.

Aumentar el **presupuesto sanitario** en general y el presupuesto de **Atención Primaria** en particular, llegando hasta el **25% del presupuesto sanitario global**.

## 5. Problemas de la Atención Primaria Madrileña.

### 5.1) Escaso presupuesto y baja retribución del personal.

#### ***Bajo gasto sanitario público destinado a Atención Primaria.***

El análisis de la situación actual hace que destaquemos los siguientes aspectos fundamentales en relación con el gasto sanitario público de la Comunidad de Madrid, especialmente en relación con AP.

- Tenemos el gasto sanitario público más bajo de España expresado como % del PIB, y el segundo más bajo expresado en euros por habitante (fuente: Estadística de Gasto Sanitario Público del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social).
- El porcentaje de gasto destinado a atención primaria (donde no se incluye gasto de capital ni gasto en recetas) es el más bajo de España.
- La tendencia en los últimos años no ha sido la de converger con el resto de las Comunidades Autónomas, sino que la Comunidad de Madrid ha consolidado su lugar a la cola del conjunto del Estado, siendo la única comunidad en disminuir su gasto consolidado en el último ejercicio del que se tienen datos.
- Otras variables de gasto como la partida destinada a personal o el salario de los profesionales médicos se encuentran, así mismo por debajo de la media del conjunto del país.

#### ***Retribución salarial disminuida en los últimos años y pérdida de poder adquisitivo.***

Una de las razones más destacadas de la degradación de la situación de los/as médicos/as y resto de personal del SERMAS y demás Servicios Autonómicos de Salud de las 17 Comunidades Autónomas y dos ciudades autónomas dependientes del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social surge de las propias retribuciones económicas que tienen estos profesionales, que múltiples estudios reiteran que se encuentran entre las más

bajas dentro del espectro de países desarrollados, no siendo acordes con el PIB per cápita del país, ni con otros parámetros como salario medio y salario mediano, que se utilizan en los países occidentales para la determinación de los salarios en los puestos de trabajo y poder ser competitivos y retener el talento y la fuerza laboral.

Este problema de reconocimiento económico junto con otras circunstancias como la estabilidad laboral o las condiciones específicas del puesto de trabajo han determinado en España la fuga de profesionales a otros ámbitos como la sanidad privada, el paso de los profesionales de AP al ámbito hospitalario, o la migración a otros países de nuestro entorno por su mayor reconocimiento y remuneración. Se calcula que solo en este último concepto, unos 15000 profesionales médicos abandonaron España desde el inicio de la crisis, la mayoría de ellos buscando unas mejores condiciones laborales en los países europeos y Estados Unidos. Esa sangría laboral supone a corto, medio y largo plazo un déficit de profesionales en nuestro territorio que no es asumible por la sociedad, pues su formación conlleva un importante gasto y su fuga un déficit tanto en pérdida de valor y talento como en cotizantes potenciales para la seguridad social.

### **5.2) Precariedad laboral:**

La falta de cobertura de sustituciones en las consultas de atención primaria genera sobrecarga laboral y diversos problemas organizativos. La realización de doblaje de consultas no se considera bien recompensada por parte de muchos profesionales y la situación demográfica de los/as profesionales médicos/as plantea retos de futuro. En la actualidad existen 5144 facultativos en AP (datos de noviembre de 2018), de los cuales el 79% son mujeres y el 23% son menores de 40 años; por otro lado, el 30 % de los médicos se jubilará en los próximos 5 años y en la actualidad se están formando vía MIR de medicina de familia y comunitaria 898 médicos y 433 de pediatría. Por tanto, la tasa de reposición es insuficiente. Además, no todos los médicos que se están formando terminarán desarrollando su actividad profesional en AP.

La situación de la pediatría de AP no es mejor, con un déficit de profesionales variable entre comunidades autónomas pero generalizado, y la previsión es todavía más desoladora, salvo que se tomen medidas, no sólo a largo plazo, con el aumento de número de plazas de MIR, sino a corto y medio plazo. En el caso de pediatría, se calcula que sólo el 10-15% decide trabajar en AP. Aumentar el número de plazas lleva años, siendo planteable como medida a largo plazo para hacer frente las jubilaciones de los próximos 5-10 años, pero si no se mejoran las condiciones a corto plazo, el número de profesionales médicos que deciden permanecer en Atención primaria es progresivamente menor. Se han ido realizando estudios y propuestas para revertir esta tendencia, tanto en ámbito nacional como comunitario desde hace más de una década, sin haber conseguido que se tomaran medidas al respecto. La falta de pediatras para cubrir todas las plazas existentes en AP ha sido respondida por la administración mediante la contratación de profesionales de AP sin especialidad en Pediatría, y esto ha generado que en la actualidad exista un colectivo con una problemática laboral muy específica y una especial situación de precariedad en base a la firma de contratos con cláusulas por la que han de cesar en su plaza ante la solicitud de un especialista en pediatría sin establecer criterios ni condiciones para regularlo, y la práctica imposibilidad de una mínima estabilidad en su puesto de trabajo encadenando contratos temporales de duración variable en una misma plaza.

Respecto a la cobertura de otro de los puntos de difícil cobertura de sustituciones, las reducciones de jornada, se pueden encontrar diversos aspectos que hacen de estos puestos lugares susceptibles de suponer situaciones laborales precarias como son el riesgo de penalización al solicitar mejora de contrato partiendo de una reducción de jornada y las dificultades para compatibilizar contratos que completen una jornada completa, y diferencia

en las repercusiones laborales de hacerlo según el ofrecimiento del puesto de trabajo provenga de la bolsa de empleo o de otro de los mecanismos de contratación del SERMAS.

Además de estos problemas concentrados en algunos focos de más difícil cobertura, podemos concluir que las plantillas actuales son insuficientes. En 2018 se crearon 15 nuevas acciones de pediatría y 30 de médico de familia, sumando con ellas un total de 938 plazas de pediatría y 3859 medicina de familia. A pesar del número tan elevado de profesionales, somos la 2ª Comunidad Autónoma con menor número de personal médico de atención primaria, sólo superada por Baleares (0,68 por 1000 habitantes frente a la media nacional, 0,76). De acuerdo con el cálculo de algunos sindicatos para adecuar los cupos a la media nacional serían necesarias 150 nuevas plazas de pediatría y 600 de familia.

6

### **5.3) Infraestructuras y material obsoletos:**

A pesar de la legislación existente, que tiende a homogeneizar los estándares de infraestructuras y condiciones arquitectónicas que han de presentar los centros sanitarios, nuestra red de centros de atención primaria presenta unas condiciones completamente obsoletas y dispares para el desempeño del ejercicio de nuestra labor sanitaria.

Entre los Criterios Básicos para el ejercicio Médico en Atención Primaria, la Organización Médica Colegial en su documento de 2003 indica el deber de existir un espacio físico suficiente y adaptado a las necesidades y organización del equipo. Con el establecimiento del Área Única se podía pensar en la desaparición de las diferencias de dotación de aparatos diagnósticos y terapéuticos entre los Centros de Salud, pero nos encontramos con que no ha sido así, de modo que se observan diferencias en la dotación de aparatos diagnósticos y terapéuticos tales como ecógrafos, retinógrafos, espirómetros, dermatoscopios o nitrógeno líquido.

Ya en 2001, con la publicación de “Los Equipos de Atención Primaria: Propuestas de Mejora” se solicitaba la asignación de recursos conforme a las características demográficas, sociales y de dispersión geográfica que no se han llevado a cabo, encontrando en la actualidad diferencias en el acceso de procedimientos diagnósticos difícilmente explicables en función de dichas variables. En dicho documento se pedía la creación de un Catálogo de Pruebas Consensuadas y Uniformes que no existe en nuestra región.

Atención Primaria cambia porque la sociedad cambia, vivimos en el mundo de la informática y las tecnologías de la información pero no disponemos de una red de comunicaciones que no provoque retrasos. Cada día se nos instalan programas que admiten menos errores pero si la instalación eléctrica o la herramienta informática falla, el lado humano del profesional es el que debe arreglar los errores de tratamientos, de altas por incomparecencia aunque el paciente fue visto en consulta y el sistema no emitió su parte de confirmación por error de conexión.

Nos encontramos con grandes diferencias de implantación de relación entre primaria y hospitales como el uso de la e-consulta, la tele-dermatología o videoconferencias que sí existen en Equipos de Atención Primaria dependientes de unos determinados hospitales y no existen o tardan en implantarse en otros.

El Observatorio Madrileño de Salud, integrado por Ayuntamientos, Sindicatos, Asociaciones de Profesionales y Entidades Sociales, en su estudio de necesidades de la Sanidad Madrileña de junio de 2018, en el punto 5 de sus conclusiones expone la necesidad de disminuir las desigualdades en dotaciones de las distintas Áreas Asistenciales de la Comunidad Autónoma de Madrid. A su vez en cada Memoria Anual de Atención Primaria del Sistema de Salud Madrileño podemos comprobar las mejoras realizadas en un año pero

desconocemos todas las carencias del resto de los Equipos de Atención Primaria de la Comunidad.

#### **5.4) Burocratización de la consulta:**

Dentro de la actividad diaria de un/a médico/a de AP, aparte de las actividades asistenciales, preventivas y de promoción de la salud, se realizan actividades burocráticas que tienen importancia como los registros en la historia clínica o la notificación de enfermedades de declaración obligatoria. Sin embargo, además de las referidas, se realizan muchas otras actividades burocráticas de escaso o nulo valor que consumen de manera desahogada el recurso más preciado con el que cuentan los facultativos para atender a los pacientes: el tiempo.

Una proporción considerable de los ciudadanos/as que acuden a la consulta del médico/a de AP lo hace para resolver cuestiones burocráticas que **son generadas y no resueltas en otros niveles asistenciales:**

- Recetas de medicamentos prescritos en Atención Hospitalaria, en Urgencias y en Residencias.
- Petición de pruebas diagnósticas indicadas en Atención Hospitalaria.
- Partes de interconsulta a otras especialidades de Atención Hospitalaria indicadas en Atención Hospitalaria y en Urgencias.
- Nuevos partes de interconsulta para especialidades de Atención Hospitalaria donde ya está siendo atendido el paciente (revisiones indicadas en consultas previas, pérdidas de citas o aplazamientos por parte del paciente, partes de interconsulta “caducados”, ...)
- Emisión de partes de baja por procesos iniciados en Atención Hospitalaria y emisión de partes de confirmación y alta por procesos seguidos exclusivamente en Atención Hospitalaria.

#### **Deben resolverse en las Unidades de Atención al Usuario de los Centros de Salud**

- Justificantes de asistencia al Centro de Salud.
- Emisión en papel de documentos generados en la consulta médica (partes de interconsulta, solicitud de pruebas diagnósticas...)
- Realización de todo tipo de actividades administrativas de los Servicios de Urgencias de Atención Rural (SAR) por la inexistencia de personal administrativo.

#### **No se deben hacer por la existencia de normativa legal al respecto**

- Justificantes de ausencias escolares.
- Certificación de la capacitación para la realización de puestos laborales o actividades deportivas.

#### **Se debe revisar su pertinencia**

- Justificantes de ausencia laboral de tres días o menos.
- Excesivo número de protocolos (relacionados con la Cartera de Servicios) y la dificultad en su cumplimentación.

#### **5.5) Sobrecarga asistencial:**

La Atención Primaria en Madrid se encuentra al borde del colapso. Sus profesionales sufren un alto grado de frustración y desesperanza por los problemas a los que se enfrentan todos los días. Entre los más importantes, resalta la sobrecarga asistencial con un número que

pareciera infinito de pacientes por ver: de nuestro cupo, del repartido, de las urgencias, de los domicilios...

Los problemas a los que nos enfrentamos desde nuestras consultas son:

- Tiempo de consulta escaso y no adaptado a los tipos de respuesta que requieren las demandas de los pacientes.
- Falta de flexibilidad y autonomía de gestión de la agenda: No existe la posibilidad real de acomodar los periodos de más demanda a la oferta que se hace o formular para periodos concretos nuevas agendas en las que se puedan intentar nuevas aproximaciones al exceso de demanda.
- Inexistencia de límites asistenciales claros (ni de competencias ni numéricos): Las agendas no tienen un límite claro pudiendo llegar a ver 60, 70 u 80 pacientes en las épocas de mayor demanda o de disminución de personal (vacaciones, invierno...).
- Cartera de Servicios inabarcable, farragosa y con poca utilidad práctica que parece primar los clics sobre el trabajo real y que en ocasiones no se corresponde con la evidencia científica o con la realidad de la consulta diaria.
- Repartos de otros profesionales: La supuesta crónica falta de profesionales médicos que puedan cubrir las ausencias de los compañeros hace que aumenten considerablemente los pacientes citados en el resto de consultas.
- Falta de profesionales de otros perfiles profesionales y asunción desde Medicina de Familia y Pediatría de los problemas derivados: fisioterapeutas, odontólogos, higienistas, matronas, trabajadores sociales...
- Falta de acceso a pruebas diagnósticas y tecnología. De las que sí se pueden solicitar, los recortes en ámbito hospitalario generan una demora importante; de las que no están a nuestro alcance, se nos hace sin embargo responsables de informar a pacientes de los resultados de éstas, debido a la demora para volver a la consulta de quien la ha solicitado. Las técnicas y pruebas que se han comenzado a realizar en AP se han hecho a coste cero, sin previsión en la agenda, espacio para colocar los aparatos y nula incentivación para formarnos de manera adecuada. Asimismo, la existencia de cada vez más unidades hospitalarias o especializadas a caballo entre hospital y Atención Primaria: unidades de crónico complejo, unidades geriátricas domiciliarias,... hace que sea difícil asegurar una continuidad asistencial adecuada y ello acaba cayendo sobre las espaldas ya agotadas de médicos/as de familia y pediatras.
- Indicación desde Atención Hospitalaria a los pacientes para que tramiten, realicen o se les comuniquen los resultados de pruebas diagnósticas solicitadas en Atención Hospitalaria en las consultas de Atención Primaria.

Todos estos problemas acaban estallando en las consultas diarias y nos encontramos con profesionales cada vez más sobrecargados y quemados profesionalmente que ven cómo no pueden afrontar la carga de trabajo que tienen con la calidad que desearían, con dificultad para atender a población más allá de las personas que llegan a la consulta y que no son necesariamente las que más precisan de nuestros cuidados. Este problema del burnout que en algunos estudios se cifra en torno al 50% de los médicos de Atención Primaria está demostrado que incide directamente en la calidad del trabajo con aumento de peticiones de pruebas diagnósticas, menor productividad y un aumento de los errores médicos y mala praxis, así como un abandono de la propia profesión.

#### **5. 6) Penosidad de los turnos de trabajo. Dificultades de conciliación.**

Los horarios y turnos de trabajo actuales, que habitualmente se extienden en la jornada de tarde hasta las 21:00, son un problema en sí mismos, dificultan la conciliación familiar de una buena parte de los miembros del equipo y constituyen un elemento disuasorio para los

profesionales a la hora de elegir y permanecer en atención primaria como desempeño profesional y por ello comprometen la calidad del servicio.

La dificultad para cubrir los turnos de tarde, reducciones de jornada y suplencias tanto de médicos de familia como pediatras es creciente y se hace imprescindible la búsqueda de alternativas que atraigan a los profesionales hacia la atención primaria.

Así mismo este grupo de trabajo ha contemplado y señala la dificultad de establecer unas demandas específicas de turnos y horarios de forma aislada, sin realizar un abordaje necesariamente transversal de los problemas asignados a los otros grupos de trabajo (financiación, precariedad laboral, sobrecarga, desburocratización y educación sanitaria). Todos ellos inciden de una manera u otra en el correcto análisis y propuestas de turnos/horarios para AP.

9

## **6. REIVINDICACIONES DE #APSEMUEVE:**

La Atención Primaria está herida de gravedad. Es necesario implantar medidas de forma urgente con un plan de choque inmediato, pero con una visión de futuro que defienda y potencie los valores de este nivel asistencial y los beneficios que tiene para la salud de la población.

### **6.1) Medidas presupuestarias.**

#### **6.1.1. Reivindicaciones en el ámbito de la financiación de la Atención Primaria:**

- Incremento del porcentaje del gasto sanitario público destinado a Atención Primaria fijándose en el objetivo a conseguir en los próximos 4 años en el 25% del gasto sanitario público total.
- Incrementar el gasto sanitario público como expresado tanto en % del PIB como en € por habitante hacia cifras similares a la media estatal, de modo que el incremento del porcentaje de gasto en atención primaria se haga dentro de un contexto de incremento del gasto sanitario total.

#### **6.1.2. Plan de mejora retributiva en el ámbito de la Atención Primaria.**

Planteamos un plan de mejora retributiva tres fases: I) plan de choque urgente (plazo: antes del 01/01/2020), II) plan de mejora retributiva a medio plazo (antes del 31/12/2020), III) plan de mejora retributiva a largo plazo (plazo: 31/12/2024).

A continuación se detalla el contenido de cada una de estas fases.

- a) Plan de choque urgente: Horizonte temporal 1 año (plazo: antes del 01/01/2020).
  - *Carrera profesional:*
    - Inclusión inmediata en carrera profesional tanto con efectos administrativos como con efectos económicos de todos los profesionales independientemente de su vinculación con el SERMAS (fijos, interinos, eventuales, laborales).
      - Los interinos/eventuales con niveles reconocidos deberán ser incluidos en el pago de carrera en el primer

semestre de 2019, con efectos retroactivos a 1 de enero de 2019.

- Los eventuales sin nivel reconocido accederán al reconocimiento en el último trimestre del año 2019, con efectos económicos a 1 de enero de 2020, como establece la norma.
- Retomar el pacto de mesa sectorial de implementación a 3 años de el pago completo de los distintos niveles de dicho complemento, en vez de los 4 que de forma unilateral decidió la administración. De tal forma que a fecha 1 de enero de 2020 se deberá iniciar el pago del 100% de la Carrera Profesional.
- *Penosidad turno de tarde:* en 2006 en mesa sectorial se aprobó y firmó por parte de los sindicatos y la administración, siendo consejero el Sr. Lamela, un complemento de penosidad, consistente en el 15% de las retribuciones fijas. A la llegada del nuevo consejero Sr. Güemes, dicho acuerdo fue archivado y nunca se llevó a efecto. Ahora exigimos la implementación, inmediata, en el primer semestre de 2019, con efecto retroactivo a 1 de enero de 2019, de dicho complemento del 15% sobre los siguientes conceptos de la nómina: salario base + complemento de destino + complemento específico + complemento productividad por vinculación al puesto + productividad fija AMS; deberá ser prorrateado según el número de tardes que realice el profesional a la semana. Coeficiente de cálculo de 0,30 por tarde semanal.
- *Recuperación paga extra:* se establecerá la recuperación del 100% de la paga extra de los profesionales del SERMAS para el año 2019. Carácter inmediato, para ser efectivo en junio de 2019 con efectos 1 de enero de 2019.
- *Trabajos extraordinarios:* Según las normas que rigen la función pública, a la cual como personal estatutario estamos adscritos, no existe la posibilidad de horas extras, sin embargo si existe la posibilidad de gratificación de trabajos extraordinarios. Exigimos la consideración como tales trabajos extraordinarios cualquier exceso de jornada, lo que incluye los doblajes o la realización de guardias en Atención Primaria, SAR y SUMMA 112, debiendo considerar como tal, también para los profesionales de estos dos últimos servicios y no solo para el personal de los EAP. Dada dicha consideración dichas horas (doblajes incluidos) serán remuneradas durante el año 2019 al precio de 22,74€, precio establecido por hora de exceso de jornada en los servicios SAR y SUMMA112. Los contratos sin embargo no podrán ser por horas, y siempre serán de jornada completa para los doblajes estableciendo por tanto un precio por doblaje para 2019 de 159,18€, con implementación en el primer semestre de 2019 y con efectos retroactivos a 1 de enero de 2019.

b) Plan de mejora retributiva a medio plazo (antes del 31/12/2020).

- *Equiparación del salario con las comunidades autónomas que mejor retribuyen a los profesionales:* tomando como referente el modelo de retribución de los/as médicos/as de atención primaria que ejercen en el servicio vasco de salud observamos que existe una diferencia de algo más de 900€ al mes brutos en un cupo ideal de 1.500 pacientes; en base a ello urge elaborar un plan de trabajo para cambiar el pago de productividad por tarjeta sanitaria, que se asimile al del País Vasco, mucho más incentivador que el establecido en nuestra comunidad. Igualmente se debe instar al consejo interterritorial de

forma urgente para que establezca un calendario a tres años para la equiparación de todos los complementos tanto en denominación como en cantidad económica para facilitar la transparencia entre las retribuciones de todos los facultativos independientemente del lugar donde ejerzan.

- *Consideración de las horas de exceso de jornada como verdaderas horas extras y por tanto fijar un precio superior al valor de hora ordinaria como ocurre en otros ámbitos:* se considerará exceso de jornada las horas de guardia de atención primaria, SAR y SUMMA112 que excedan del número de horas establecidas como jornada ordinaria, así como los doblajes en los EAP, que nunca podrán ser menores a la jornada ordinaria de 7 horas. A partir del año 2020 se deberá considerar la retribución de las horas de exceso de jornada asimiladas a horas extraordinarias y por tanto la gratificación por dichas horas deberá exigirse que sea al menos el valor de la hora ordinaria multiplicado por un coeficiente. El coeficiente propuesto es de 1,75 aplicable progresivamente durante los años 2020, 2021 y 2022. Por añadidura si el doblaje o el turno se realiza por la tarde-noche se añadirá otro coeficiente basado en el complemento de penosidad del 15%.

c) Plan de mejora retributiva a largo plazo (plazo: 31/12/2024).

- *Estudiar la posibilidad de elevar el salario base,* que según la norma, si sería posible por parte de cada autonomía en un porcentaje preestablecido por la especial condición de un puesto laboral, aunque consideramos que es una medida que debería armonizarse a nivel nacional.
- *Reconocimiento del periodo MIR a la hora de la valoración de méritos en Carrera Profesional.*
- *Negociar retribuciones complementarias específicas de especial dedicación para incentivar la docencia,* estableciendo tres tramos, no excluyentes, en ámbito asistencial, a saber: I) tutor de Residentes, II) colaborador docente médicos residentes y III) colaborador universitario como profesor de prácticas (pública y/o privada con el mismo reconocimiento en méritos y retribución)
- *Europeización salarial de las retribuciones fijas:* acercándonos al salario de nuestros homólogos europeos, ajustando nuestras retribuciones según los parámetros económicos de ponderación más habituales como son: PIB per cápita, salario medio y salario mediano.

### **6.1.3. Mejoras retributivas en el ámbito de los servicios de urgencias de atención rural (SAR).**

En relación con las retribuciones de los/as facultativos/as de los SAR, se demandan los siguientes aspectos:

- *Inclusión del pago de adenda.*
- *Pago como festivos de los días declarados inhábiles para los Equipos de Atención Primaria:* Los sábados, al igual que las noches, los domingos y los festivos, son considerados como jornada de atención sólo de urgencias. Sin embargo, sólo se considera con pago diferenciador las horas nocturnas del sábado, no cobrando nada por las 12 horas diurnas. Solicitamos por ello revisión de este concepto y pago correcto del mismo.

- *Pago correcto acorde a las circunstancias especiales de los festivos de navidades, incluyendo las 12 horas diurnas del día 24, 31 y las 24 horas del 6 de enero.*
- *Pago en concepto de dietas de las comidas no incluidas en jornadas de 24 horas:* Los profesionales de los SAR tienen que llevar su comida, incurriendo la Gerencia en la ilegalidad de tener a sus trabajadores asumiendo una jornada de 24 horas continuadas sin tener cubiertas dichas necesidades básicas.
- *Pago del concepto de nocturnidad de aquellas guardias que no se realicen por derecho a permisos:* Del mismo modo que el resto de profesionales de los EAP perciben el 100% de su nómina cuando están de IT, permisos... solicitamos recibir el 100% de nuestra nómina en dichas circunstancias, lo que incluye el concepto de nocturnidades que a día de hoy nos están retirando de nuestra
- *s nóminas en dichas circunstancias.*
- *Reconocimiento como trabajadores nocturnos así como aplicación del coeficiente reductor para jubilaciones:* A los efectos de lo dispuesto en la Ley, se considera trabajo nocturno el realizado entre las diez de la noche y las seis de la mañana. El trabajo nocturno gozará de una retribución específica que se determinará por negociación colectiva (apdo. 2, Art. 36 ,ET) y un nivel de protección en materia de salud y seguridad adaptado a la naturaleza de su trabajo (apdo. 4, Art. 36 ,ET y Ley de Prevención de Riesgos Laborales). A pesar de lo anteriormente expuesto, y siendo la jornada de los SAR de franja laboral principalmente nocturna, se incurre, sin embargo, en la ilegalidad de no considerarnos como trabajadores nocturnos, sin percibir por ello retribución y reconocimiento específico, ni protección alguna en materia de salud y seguridad.

## 6.2) Medidas para paliar la precariedad laboral:

En relación con las medidas para paliar la precariedad laboral en nuestro ámbito realizamos las siguientes reivindicaciones:

- Estabilización de la contratación y mejora de la movilidad:
  - *Contratos largos (de 1 o 2 años) desde que termina la residencia.* Un suplente fijo por cada centro de salud o pequeña agrupación de centros de salud según su tamaño, para favorecer su integración en los equipos, dinámica de trabajo, sesiones clínicas..., pero no por área como se está haciendo hasta ahora. Con retribución por dispersión según los centros de salud que abarquen y pago de incentivos aunque no estén 90 días en un mismo centro.
  - *OPE anual o bienal:* haciendo públicas las plazas con anterioridad y ofertando todas las plazas.
  - *Movilidad interna anual o bienal:* para personal estatutario fijo, a la par que la OPE, ofertando todas las plazas.
  - *Mejora en las condiciones laborales de los médicos no pediatras contratados en plazas de pediatría.*
  - *Facilitar el cambio de puesto de trabajo para el personal que lo solicite hacia otras plazas vacantes que se encuentren descubiertas:* con cambios de contrato para personal eventual e interino y con adscripciones temporales para el personal fijo, sin aplicar penalizaciones.
  - *Facilitar si se desea agrupar suplencias de distintas reducciones de jornada (ajustes de agenda...) logrando una suma de jornadas del 100%, ofreciéndolo desde bolsa, sin penalizaciones si rechaza una supuesta mejora de contrato.*
- Mejora de la bolsa de empleo de Atención Primaria.
  - *Bolsa de empleo de Atención Primaria transparente y pública,* donde se puedan consultar todos los puestos y los destinos, con actualización trimestral.
  - *Garantizar que las contrataciones se realizan desde la bolsa de empleo o las direcciones asistenciales,* evitando el uso de redes sociales para ello.

- *Contabilizar el doble los doblajes realizados para la baremación en bolsa (si en 1 día se han realizado 2 jornadas laborales, deberían reconocerse como 2 días trabajados).*
- Mejora de la cobertura de las ausencias, cubriéndose presupuestariamente el 100% de las ausencias, incluyendo las Incapacidades Temporales desde el primer día.
- Mejora en las condiciones laborales de los médicos no pediatras contratados en plazas de pediatría, como se recoge más detalladamente en páginas 26-27 del Documento “Atención pediátrica de AP: Propuestas de mejora en el modelo de atención de la CM”
- Garantizar la titulación adecuada para la contratación en atención primaria: AP se mueve se suma al rechazo de la propuesta de algunas Comunidades Autónomas de contratar en Atención Primaria a médicos sin especialidad, ya que además de ir contra la ley (el Real Decreto 931/1995, que a su vez es una exigencia de la Directiva Europea 86/457, así lo establece), va en detrimento de la calidad asistencial de los pacientes.

En lo que respecta a los/as facultativos/as trabajando en los **servicios de urgencias de áreas rurales**:

- Reconocimiento del derecho de disfrute de los días de libre disposición de la misma manera que se contempla en el resto de la Atención Primaria.
- Correcta cobertura mediante contratos de equipo, no con contratos por horas-días, para el personal suplente que garantice la cobertura de ausencias.
- Recuperación del cómputo de las 35 horas semanales.
- Reconocimiento en el cómputo laboral de las funciones realizadas por los profesionales del SAR, ajenas a su labor sanitaria asistencial: labores administrativas, labores de limpieza de residuos y fluidos, labores de celador.
- Reconocimiento de la labor docente del profesional-tutor/a del SAR.
- Acceso al portal FORMAP desde el domicilio personal.
- Mejora de la oferta de formación continuada en el ámbito de la urgencia.
- Reconocimiento completo de la acreditación y convalidación de cursos aportados para la valoración de horas de docencia.
- Reconocimiento trianual de cursos-master con cómputo elevado de créditos/horas.

### **6.3) Medidas para mejorar la dotación de infraestructuras y material:**

En relación con las medidas destinadas a la mejora de la dotación de infraestructuras, nuestras reivindicaciones son las siguientes para el ámbito de los centros de atención primaria:

- Homogeneización de la dotación de recursos materiales de los diferentes Centros de Salud, así como aprobación de un catálogo de pruebas consensuado y uniforme en toda la Comunidad de Madrid.
- Dotación a cada profesional del material necesario para el ejercicio de su profesión (fonendoscopio, pulsioxímetro,...).
- Dotación a los Centros de Salud con un vehículo propio del SERMAS para los avisos urgentes fuera del centro y que además se cuente con algún distintivo sanitario que facilite poder aparcar los vehículos particulares durante las visitas domiciliarias.
- Adaptación de los espacios de los Centros de Salud de modo que cuenten con espacio físico suficiente y adaptado a las necesidades, con remodelaciones si es necesario y construcción de nuevos Centros de Salud para instalar a los profesionales de las plazas de nueva creación que son necesarias (600 médicos de familia y 150 pediatras), además de cumplir con los compromisos de construcción atrasados.

En relación a las reivindicaciones en el ámbito de las urgencias de las áreas rurales:

- Prevención de agresiones.
  - *Personal físico de vigilancia en dichos centros.*
  - *Dotación con botón antipánico portátil: con conexión directa con la policía local o la guardia civil.*
  - *Instalación de cámaras de videovigilancia.*
  - *Instalación de medidas indirectas de protección: enrejados de puertas de acceso a la Urgencias, de ventanas,...*
- Adecuación y unificación de materiales para todos los equipos SAR.
- Mejora de la dotación material y de servicios relacionada con con la higiene y seguridad de los/as trabajadores/as del SAR.
  - *Concesión y renovación de material específico ajustado según tallaje: de manera individual y no grupal.*
  - *Uniformes con apertura: que no requieran su extracción por la cabeza.*
  - *Correcta cadena de limpieza y recogida de uniformes identificados en tiempo y forma.*
  - *Adecuada respuesta de los servicios de urgencias de limpieza.*

#### **6.4) Medidas para la desburocratización de la consulta médica:**

En relación a la desburocratización de las consultas médicas nuestras reivindicaciones son las siguientes:

- La burocracia secundaria a la atención médica se resolverá en el ámbito donde se genere, por lo que Atención Primaria y Atención Hospitalaria se responsabilizarán de:
  - La emisión de recetas de sus tratamientos y conciliación con el resto de fármacos del paciente.
  - Derivación a otros servicios desde Atención Hospitalaria, si así se indica, evitando así la derivación inducida y la transformación de cambios de cita, revisiones con fecha abierta o distante en falsas primeras consultas desde Atención Primaria.
  - Petición de pruebas diagnósticas en el nivel en el que se generen.
  - Utilización del programa IT Web en Atención Hospitalaria para que el facultativo que valore al paciente emita la baja y en el caso de que el seguimiento sea competencia exclusiva suya realice los partes de confirmación y el alta.
- Potenciación de las Unidades de Atención al Usuario
  - Se debe poner en marcha la figura del “administrativo sanitario” (dentro de la redefinición y redistribución de roles del personal de los centros de salud), para descarga de la burocracia de la consulta médica, generando y manejando en administración la información en papel: partes de interconsulta, solicitudes de pruebas, justificantes de asistencia al centro... siendo competencia del facultativo sólo la orden de tratamiento para garantizar la correcta cumplimentación del mismo, evitar errores y mejorar su adherencia.
  - Diseño de agendas inteligentes donde el administrativo pueda priorizar y simplificar al máximo la intervención del médico/a en asuntos burocráticos.
- Eliminación de los justificantes de ausencia laboral de tres días o menos y autojustificación por parte del paciente.
- Los justificantes de ausencias escolares los realizarán los tutores legales.

Los centros educativos justificarán a los padres que son llamados desde los mismos, para recoger a los menores por enfermedad. El SERMAS se encargará de informar a la Consejería de Educación para así transmitirla a los colegios e institutos, evitando así, visitas innecesarias de los padres al centro de salud.

- Los certificados de valoración de capacitación para empleos o deportes se realizarán en la entidad que le compete, informando a la población para evitar consultas innecesarias en la consulta médica.
- Redefinición de la cartera de servicios de Atención Primaria haciéndola efectivamente operativa, eliminando todos los protocolos que enlentezcan la consulta para su cumplimentación y no ayuden en el proceso de valoración clínica del paciente.
- Presencia obligatoria y vinculante de clínicos de Atención Primaria en los órganos donde se decide la inclusión de nuevos protocolos y procedimientos.
- Mejora del programa informático de la IT web para facilitar la emisión de las bajas y la comunicación con la Inspección, cumplimentando información exclusivamente clínica (no datos administrativos).

### **6.5) Medidas para paliar la sobrecarga profesional.**

Para paliar la sobrecarga de las consultas médicas nuestras reivindicaciones son las siguientes:

- Dotación adecuada de personal del 100%. Este aumento de personal ha de ser tanto sanitario (medicina, enfermería) como personal administrativo y unidades de apoyo.
- Cupos con tamaño limitado no vulnerable por libre elección, ponderando su tamaño por criterios objetivos como edad, morbilidad, número de pacientes complejos e inmovilizados, nivel socioeconómico, dispersión, ruralidad y otros a considerar.
- Agendas diseñadas para atender digna y proporcionalmente a los pacientes citados:
- Pilotaje de agendas inteligentes que permitan distintos tipos de acto o tipo de demanda (presencial, teléfono, burocrática, domicilio...) y asignen a cada cita un número variable de minutos, no siendo en la presencial inferior a 12 minutos, y ponderable según la complejidad del paciente (edad, pluripatología, frecuentación y duración de consultas previas).
- Limitación de los huecos de consulta a 25-30 por jornada laboral, no sobrepasables, y con un tiempo total de consulta máximo de 4,5-5 horas por día (incluyendo a los pacientes sin cita).
- Consideración separada de consultas presenciales y no presenciales, y asignación de tiempo específico y separado del tiempo asistencial para actividades de equipo, coordinación, investigación y actividades de educación para la salud y comunitarias.
- Dotar de mayor autonomía sobre la gestión de la agenda tanto a los profesionales como a la dirección del centro de salud, permitiendo la gestión de las citas según las particularidades del centro y la actividad, y facilitando el establecimiento de planes de contingencia específicos para épocas determinadas del año de mayor demanda (bloqueo de agendas y reapertura 24-48 h antes, bloqueo de la mitad de la agenda para citas concertadas y el resto no demorable/urgente abierto el mismo día,...).
- Mejora del sistema de citaciones: Valorar establecer sistemas, tanto en la vía telemática (teléfono, cita web y App) como en la presencial, en el que lo demorable (resultados, revisión de patología crónica...) se cite directamente en los días con menor agenda o de manera diferida permitiendo respetar huecos diarios para lo no demorable o urgente. Valorar crear sistemas de recuerdo de citas para todos los pacientes que de manera repetida faltan a sus citas.
- Debate multidisciplinar sobre competencias asistenciales entre los distintos profesionales de Atención Primaria para abordar una mejor gestión conjunta de la asistencia. Debe incluir dar mayor autonomía a otros miembros del equipo pero también apoyo y cobertura para que asuman más responsabilidad: gestión enfermera de la demanda, ampliación de atribuciones de Unidad de Atención al Usuario... Asimismo, sería deseable priorizar el acceso a los equipos de Atención Primaria al personal de enfermería que tenga conocimientos de AP -ya sea a través de la especialidad de EFyC

- como por experiencia contrastada en centros de salud- así como la existencia de enfermería especializada en atención pediátrica.
- Promover campañas informativas sobre uso de servicios sanitarios, situaciones que no requieren atención médica, sobre el funcionamiento de los centros de salud y posibilidades de atención urgente en los distintos recursos sanitarios. Creación de un teléfono de atención de consultas administrativas y sobre patología banal.
  - Potenciar la promoción de la salud como herramienta más eficiente que el abordaje individual y que mejora el nivel de salud a través del empoderamiento de la población. Impulsar actividades comunitarias desde el centro de salud, con una perspectiva de activos.
  - Creación de un observatorio de sobrecarga asistencial y burnout en atención primaria para detectar profesionales o equipos afectados e implementar medidas que combatan la situación.
  - Redefinir la relación con la Atención Hospitalaria (AH):
  - Las pruebas diagnósticas indicadas en AH deben tramitarse, realizarse y resolver la comunicación de resultados en la propia AH.
  - Ampliación de la cartera de pruebas diagnósticas Atención Primaria para poder acceder a cualquiera con indicaciones razonadas.
  - Trabajar por la disminución en las listas de espera hospitalaria.
  - Mejora de las consultas telemáticas y de la comunicación bidireccional de forma no jerarquizada.
  - Desarrollo de sistemas más eficaces de evaluación de la actividad clínica y del cálculo de la presión asistencial/demanda, de manera que los datos sean transparentes, acordes a la realidad y accesibles para cualquier profesional, incluyéndose específicamente el problema de los SAR para incluir la atención a desplazados de otras Comunidades Autónomas y de otros países, cuyos informes clínicos deben escribirse a mano al no poder darse de alta informáticamente por falta de personal administrativo.

### **6. 6) Medidas para paliar la penosidad de los turnos de trabajo y las dificultades de conciliación.**

Respecto a la propuesta de cambio de horarios de la Consejería de Sanidad de Madrid (*acuerdo de mesa sectorial de 4 de diciembre de 2018 sobre un proyecto piloto para evaluar la propuesta de modificación organizativa de los centros de salud de atención primaria*) APsemueve decidió en su primera asamblea de 15 de diciembre de 2018 en ICOMEM (*ver acta*) no posicionarse a la espera de resultados y hacer una propuesta propia, que es la que se describe en este punto.

La administración debe comprometerse a:

- Realizar de forma inmediata y en el menor tiempo posible un mapa al detalle de la situación particular de todos y cada uno de los centros de salud, consultorios locales y dispositivos de urgencia extrahospitalarios (recursos humanos disponibles y vacantes, turnos de trabajo, disponibilidad de espacios y puestos físicos de trabajo) que permita conocer las posibilidades reales actuales para poder realizar cambios de turnos y horarios inmediatos y de aplicación a todos los perfiles profesionales de primaria.
- Programar las plazas de próximas OPEs, según mapa de situación y necesidades con el fin de optimizar los recursos humanos y materiales con unos turnos que reorienten sus horarios de trabajo y, sin mermar la accesibilidad y la longitudinalidad de la atención, favorezcan la conciliación de los profesionales y hagan más atractivo el trabajo en primaria.

- Realizar una previsión de necesidades y cambios a acometer para llevar a cabo el proyecto y liberar una partida presupuestaria con un cronograma transparente y un calendario de fechas que se obligue a cumplir.

Con carácter inmediato deben ponerse en marcha las siguientes medidas:

**1. Referido al turno de mañana:** decisión inmediata de convertir todas las nuevas acciones, plazas que salgan a movilidad, traslados y OPE, así como jubilaciones u otras vacantes (comisiones de servicio incluidas hasta reincorporación del titular) a turnos de cuatro mañanas y una tarde (4M1T). El objetivo es que los espacios de mañana que queden libres sean para crear nuevos turnos mixtos con mañanas y tardes. En el caso de las comisiones de servicio (incluidas las intracentro) hasta incorporación el titular proponemos 3M2T para favorecer los deslizantes, y sólo en caso de que las necesidades del centro lo requieran sean 4M1T.

Esto permitirá avanzar progresivamente a turnos estructurales de tres mañanas y dos tardes (3M2T), para llegar a 4M1T para todos los profesionales del equipo de atención primaria. Estos cambios se irán instaurando en función de las posibilidades de los centros de salud donde se vayan liberando acciones, sin perjuicio de los actuales deslizantes, ni de las plazas consolidadas de cinco mañanas o cinco tardes cuyo profesional decida continuar en ese horario. Así mismo se fomentará la flexibilidad organizativa de cada centro que, asegurando la asistencia, permita a los profesionales conciliar de forma equitativa, con esquemas de turnos deslizantes y/o bisagras en distintos horarios con jornadas de 7 horas. Se tendrá en cuenta dentro de cada equipo la organización equitativa de cupos de pacientes, turnos de avisos y guardias y otras cargas de trabajo.

**2. Adaptación progresiva a la normativa de horario europeo** empezando por el cierre de los centros de salud a las 20h (empezando la jornada laboral a las 13 horas), equiparándonos con otras comunidades autónomas. Desde las 20h empezarán a funcionar los servicios de urgencias extrahospitalarias.

**3. Revisión de la norma que rige los actuales turnos deslizantes** (Resolución de 21 de mayo de 2014, del Director General de Recursos Humanos del Servicio Madrileño de Salud por la que se dictan instrucciones sobre Turnos Deslizantes de Salud de Atención Primaria.):

- Que no esté supeditado a la votación del centro, ni a la decisión del equipo directivo.
- Que no se penalice a los profesionales con reducción de jornada.
- Que el sistema de elección de los días garantice que todos los profesionales que lo soliciten accedan al turno deslizante de forma equitativa utilizando todos los espacios posibles que permita la infraestructura del centro.
- Revisión anual.
- Que no estén supeditados a permisos reglamentarios.
- Que no se quiten cuando un suplente cubre una ausencia si el suplente desea mantenerlo.

4. Convertir en turnos de mañana con horario de 08:00-15:00 de los **consultorios locales en área rural** haría más atractivo ése destino laboral. La atención fuera de este horario se realizará en los centros cabecera y dispositivos de urgencia extrahospitalarios, cuya plantilla se dimensionará a tal efecto.

5. Valorar la peculiaridad de la organización de la **población pediátrica y de la atención primaria pediátrica** (personal único en algunos centros). Se debe garantizar que los pediatras y médicos de atención primaria pediátrica accedan a turnos que les

permitan conciliar en la misma medida que el resto de sus compañeros, incluidos los profesionales que, como hemos referido, son dispositivos únicos. Se habilitarán medidas para evitar que ello suponga una sobrecarga para los médicos de familia.