

POSICIONAMIENTO DE CSIT UNIÓN PROFESIONAL ANTE LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA 2026-2028 DE LA GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Madrid, julio de 2026

CSIT UNIÓN PROFESIONAL, ante la presentación de la Estrategia de Atención Primaria 2026-2028 de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, formula el siguiente posicionamiento técnico y sindical.

La Atención Primaria madrileña precisa una planificación real, presupuestada y verificable. No basta con presentar líneas estratégicas, proyectos o indicadores si no se acompaña de una memoria económica, un análisis actualizado de plantilla, una previsión de jubilaciones, límites de carga asistencial por categoría profesional, un plan de cobertura de ausencias y un verdadero plan de prevención de riesgos laborales.

La propia Gerencia reconoce en su Estrategia 2026-2028 que Atención Primaria es el primer nivel de contacto con el sistema sanitario, que debe garantizar una atención integral, cercana y continua, y que el plan pretende reforzar capacidades, optimizar recursos y garantizar un acceso equitativo y de calidad. Sin embargo, el documento presentado el 30 de junio de 2026 no concreta suficientemente los recursos humanos, económicos, preventivos y materiales necesarios para alcanzar esos objetivos.

1. Valoración general

CSIT UNIÓN PROFESIONAL valora que la Gerencia presente una Estrategia para el periodo 2026-2028, más teniendo en cuenta que el último plan de mejora de la AP fue el “Plan Integral de Mejora de Atención Primaria”, desarrollado entre 2022 y 2023. Una vez analizado el documento, desde esta organización sindical consideramos que no reúne, en su configuración actual, las condiciones necesarias para ser considerado un verdadero plan operativo de recuperación y mejora de la Atención Primaria madrileña.

La Estrategia identifica líneas de actuación relacionadas con la atención centrada en la persona, el modelo organizativo, los profesionales, la comunicación, la tecnología, las infraestructuras y el buen gobierno. El problema no está en la formulación general de esas líneas, sino en la ausencia de compromisos concretos. **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** echa en falta:

- Memoria económica completa y anualizada.
- Evaluación del grado de cumplimiento del Plan Integral de Mejora 2022-2023.
- Análisis actualizado de plantilla real y plantilla necesaria.
- Previsión de jubilaciones de los profesionales 2026-2028 y horizonte a diez años.
- Plan de creación de plazas estructurales.

- Límites máximos de ratio, cupo y carga asistencial por categoría profesional.
- Plan de cobertura de bajas, vacaciones, permisos, reducciones de jornada, formación e incidencias.
- Plan de prevención de riesgos laborales específico para Atención Primaria.
- Mapa territorial de infraestructuras con presupuesto y plantilla asociada.
- Negociación real con la representación sindical antes de su despliegue.

Sin estos elementos, en opinión de **CSIT UNIÓN PROFESIONAL**, la Estrategia queda como una declaración de objetivos, no como un instrumento suficiente para revertir la situación actual de los centros de salud.

2. Antecedente: el Plan Integral de Mejora 2022-2023

El antecedente inmediato de la nueva Estrategia es el Plan Integral de Mejora de Atención Primaria 2022-2023, rechazado por **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** por considerarlo insuficiente para abordar los principales problemas de la AP madrileña en ese momento.

CSIT UNIÓN PROFESIONAL ya señaló entonces que el plan no contemplaba el aumento necesario del presupuesto, no resolvía las condiciones laborales y profesionales, compensaba de forma insuficiente la penosidad acumulada y generaba desigualdades entre profesionales y centros. Por tanto, la Estrategia 2026-2028 no puede presentarse como un punto de partida neutro. Debe partir de una evaluación previa que valore qué se prometió, qué se ejecutó, qué quedó pendiente y qué déficits se mantienen.

En 2022 ya existía un diagnóstico claro: déficit presupuestario, sobrecarga asistencial, dificultad de cobertura de puestos de trabajo, especialmente de las categorías de médicos de familia y pediatras, déficit de recursos humanos, problemas de accesibilidad y necesidad de reducir ratios de los profesionales. La propia Gerencia reconocía en el Plan 2022-2023 que disminuir la sobrecarga asistencial exigía adecuar la plantilla, reducir ratios, disminuir presión asistencial y permitir más tiempo de atención al paciente.

3. La Gerencia no ejecutó ni su propia previsión de 1.222 plazas comprometidas en el Plan 2022-2023

Uno de los elementos más relevantes para valorar la nueva Estrategia es el incumplimiento de la previsión de plantilla del Plan Integral de Mejora 2022-2023. La Gerencia propuso entonces un incremento total de 1.222 efectivos, distribuido en centros de salud, unidades de apoyo y servicios centrales. La propuesta era la siguiente:

Área	Categoría	Plazas propuestas
Centros de salud	Auxiliar administrativo	312
	Médico de familia AP	264
	Enfermero/a AP	264
	Pediatra AP	84
Unidades de apoyo	Matrona	55
	Fisioterapeuta	44
	Celador SAR	36
	Trabajador social	30
	Higienista dental	12
Servicios centrales	Auxiliar administrativo	48
	Grupo administrativo función administrativa	25
	Grupo técnico función administrativa	10
	Grupo gestión función administrativa	10
	Técnico superior sistemas y tecnología información	7
	Técnico de gestión sistemas y tecnología información	7
	Técnico especialista sistemas y tecnología información	5
	Médico apoyo CS	4
	Enfermero/a apoyo CS	4
	Farmacéutico	1
Total		1.222

Aquella propuesta ya fue considerada insuficiente por las por **CSIT UNIÓN PROFESIONAL**. Sin embargo, el dato más relevante es que ni siquiera esa previsión mínima de la propia Gerencia se ha ejecutado en términos de incremento neto de plantilla efectiva. En enero de 2022 la plantilla total de Atención Primaria era de 14.845 efectivos. En enero de 2024, una vez finalizado el periodo del Plan 2022-2023, era de 14.559 efectivos, es decir, 286 menos. A 31 de diciembre de 2025, fecha previa a la nueva Estrategia, la plantilla total era de 14.897 efectivos, únicamente 52

más que en enero de 2022. Frente a una previsión de 1.222 efectivos adicionales, el incremento neto real a diciembre de 2025 fue de solo 52 efectivos, quedando sin materializar un diferencial de 1.170 efectivos respecto de la propia previsión de la Gerencia.

La Gerencia no cumplió ni siquiera sus propias previsiones de incremento de plantilla. Por ello, la Estrategia 2026-2028 carece de credibilidad si no explica previamente por qué no se ejecutó el Plan anterior y qué garantías existen ahora para que no vuelva a ocurrir lo mismo.

4. CSIT UNIÓN PROFESIONAL reclamaba para el Plan 2022-2023 más recursos

Las 1.222 plazas no eran la reivindicación sindical, sino la propuesta de la Gerencia, dotación considerada claramente insuficiente. En la propuesta sindical conjunta realizada por **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** (Octubre de 2021), se señalaba expresamente que la adecuación de plantilla planteada era insuficiente, que existían errores relevantes en la cuantificación de necesidades y que era necesario incrementar las plantillas para garantizar recursos profesionales suficientes en Atención Primaria. Las necesidades inmediatas planteadas en octubre de 2021 eran de 3.730 plazas estructurales y además se pedía realizar una previsión de las jubilaciones estimadas en un periodo de 5 años.

Categoría	Necesidades inmediatas (OOSS 2022)	Propuesta Gerencia (Plan 2022-2023)	Diferencia
Medicina de Familia	600	264	-336
Pediatría	250	84	-166
Enfermería	2.000	264	-1.736
Fisioterapia	200	44	-156
Trabajo Social	66	30	-36
Unidades administrativas	600	312	-288
Farmacéuticos de AP	14	1	-13
Total categorías comparables	3.730	999	-2.731

Además, se reclamaba avanzar hacia una ratio de 1 profesional por cada 1.000 TSI en fisioterapia, matrona, trabajo social, higienistas dentales y odontología, junto con medidas compensatorias para que este aumento de plantilla no supusiera pérdidas retributivas a los profesionales. También se exigía cubrir las jubilaciones previstas en los cinco años siguientes, estimadas entonces en 1.919 profesionales, equivalentes al 25% de la plantilla. Por tanto, la situación actual acumula un doble incumplimiento: no se atendieron las necesidades sindicales y no se ejecutó la previsión mínima formulada por la propia Gerencia.

5. La plantilla no ha crecido al ritmo de la población actual

El déficit de plantilla resulta más grave si se compara con la evolución poblacional. Entre 2022 y 2025, la población madrileña aumentó en torno a un 5,5%, mientras la plantilla total de Atención Primaria solo creció un 0,35%. Esto implica que la dotación de profesionales por habitante ha empeorado. Variación poblacional y las plantillas de AP en algunas de las categorías:

Indicador	Variación 2022-2025
Población Comunidad de Madrid	+5,50%
Plantilla total Atención Primaria	+0,35%
Médicos de Familia	+4,26%
Enfermería	+2,38%
Pediatría AP	+4,96%

En términos de ratio, la plantilla total de Atención Primaria por 100.000 habitantes desciende de 220,2 a 209,4 efectivos, con una reducción aproximada del 4,9%. La Atención Primaria madrileña llega, por tanto, a la Estrategia 2026-2028 con más población, más demanda, mayor envejecimiento, más cronicidad, más complejidad y una plantilla prácticamente estancada.

6. Falta de memoria económica en la estrategia 2026-2028

La Estrategia 2026-2028 carece de una memoria económica completa. Esta carencia impide conocer el coste real de las actuaciones, su financiación, su calendario y su grado de exigibilidad.

CSIT UNIÓN PROFESIONAL considera imprescindible que se aporte:

- Presupuesto total de la Estrategia y desglose anual para 2026, 2027 y 2028.
- Financiación adicional respecto al presupuesto ordinario.
- Coste de las nuevas plazas estructurales y cobertura de jubilaciones.
- Coste de sustituciones, bajas, vacaciones, permisos e incidencias.
- Coste de los centros de difícil cobertura, fidelización, infraestructuras y equipamiento.
- Dotación para el desarrollo de un plan de prevención de riesgos laborales e indicadores de ejecución presupuestaria.

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 del Ministerio incluye un apartado específico de financiación y recoge la continuidad de inversiones destinadas a formación, calidad, salud comunitaria, infraestructuras y equipamiento. La Estrategia madrileña debe concretar qué financiación propia y finalista se destina a cada medida. Sin memoria económica, no hay garantía de ejecución.

7. Insuficiente alineación con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 del Ministerio de Sanidad

El Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027, aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, establece líneas de actuación que deben orientar la planificación autonómica. Sin embargo, la Estrategia GAAP 2026-2028 no incorpora de forma suficiente varios elementos esenciales:

- **Modelo de cálculo de necesidades de RR.HH.:** No se incluye un modelo basado en morbilidad, resultados en salud y variables sociodemográficas. El **Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027** incorpora expresamente la necesidad de disponer de un **modelo común de cálculo de necesidades de recursos humanos en Atención Primaria**, basado en la morbilidad atendida, los resultados en salud y las características sociodemográficas de cada área o centro de salud.
- **Plan de recursos humanos de Atención Primaria a medio y largo plazo:** El Plan estatal prevé una planificación orientada a garantizar accesibilidad, longitudinalidad, estabilidad, atracción del talento, reducción de la temporalidad y sostenibilidad del sistema. En la Estrategia GAAP se mencionan actuaciones relacionadas con talento, relevo generacional y formación, pero no se concreta un verdadero plan de recursos humanos que incluya censo actualizado de profesionales, previsión de jubilaciones, calendario de OPE, puestos de difícil cobertura, cobertura de ausencias y estimación de necesidades por centro.
- **Mapa de competencias por perfiles profesionales:** El Plan estatal contempla el desarrollo de mapas de competencias de los distintos profesionales que integran los equipos de Atención Primaria. La Estrategia GAAP no concreta un mapa funcional que delimite competencias, cupos, agendas, responsabilidad profesional, circuitos de derivación, mecanismos de coordinación y criterios de evaluación por categoría.
- **Límites de máximos de ratio, cupo y carga asistencial por categoría profesional:** El Plan estatal vincula el cálculo de necesidades a criterios objetivos de morbilidad, resultados en salud y características sociodemográficas. La Estrategia GAAP no fija límites de carga para Medicina de Familia, Pediatría, Enfermería, unidades administrativas, fisioterapia, trabajo social, matronas, TCAE, celadores, odontología, higienistas, farmacéuticos de Atención Primaria, técnicos de prevención u otras categorías. Sin estos límites, no es posible valorar si las plantillas son suficientes ni garantizar condiciones adecuadas de accesibilidad, calidad y seguridad asistencial. En 2022 y 2024, la Comunidad de Madrid se encuentra entre las peores ratios en cuanto a número de médicos y de personal de enfermería en atención primaria por 1000 personas asignadas:

CC.AA.	MÉDICOS		ENFERMERÍA	
CC.AA.	2022	2024	2022	2024
España (ES)	0,78	0,79	0,7	0,76
Andalucía (AN)	0,75	0,76	0,7	0,73
Aragón (AR)	0,88	0,87	0,82	0,82
Asturias, Principado de (AS)	0,73	0,81	0,68	0,79
Balears, Illes (IB)	0,62	0,68	0,58	0,72
Canarias (CN)	0,75	0,75	0,68	1,12
Cantabria (CB)	0,79	0,81	0,69	0,67
Castilla y León (CL)	1,1	1,09	0,89	0,88
Castilla - La Mancha (CM)	0,83	0,84	0,76	0,82
Cataluña (CT)	0,76	0,76	0,76	0,79
Comunitat Valenciana (VC)	0,82	0,81	0,73	0,83
Extremadura (EX)	0,94	0,95	0,89	0,86
Galicia (GA)	0,85	0,85	0,74	0,79
Madrid, Comunidad de (MD)	0,69	0,71	0,51	0,5
Murcia, Región de (MC)	0,79	0,81	0,59	0,64
Navarra, C. Foral de (NC)	0,86	0,79	0,83	0,93
País Vasco (PV)	0,77	0,79	0,71	0,83
Rioja, La (RI)	0,82	0,79	0,92	0,75
Ceuta (CE)	0,65	0,65	0,55	0,56
Melilla (ML)	0,65	0,66	0,61	0,66

Fuente: Indicadores Clave del Sistema Nacional de Salud

- la Estrategia carece de un **Plan específico de Prevención de Riesgos Laborales en Atención Primaria**. Aunque incluye actuaciones sobre calidad de vida laboral, evaluación de riesgos psicosociales, empresa saludable y acompañamiento emocional, estas medidas no sustituyen a un plan preventivo integral. La prevención debe abordar las causas organizativas del riesgo como la sobrecarga asistencial, agendas sobredimensionadas, falta de sustituciones, déficit de plantilla, agresiones, burnout, atención domiciliaria, consultorios aislados, desplazamientos, presión administrativa y dotación insuficiente de técnicos de prevención.

Elementos del Plan estatal no incluidos o insuficientemente desarrollados en la Estrategia GAAP 2026-2028

Elemento del Plan de Acción 2025-2027	Situación en la Estrategia GAAP
Modelo de cálculo de necesidades de RR. HH. basado en morbilidad atendida, resultados en salud y características sociodemográficas por área/centro	No se aporta un modelo de dimensionamiento de plantilla por centro, categoría o Dirección Asistencial
Informe de necesidades de plantilla por categoría profesional	No se cuantifican déficits por categoría ni por zona básica
Plan de RR. HH. de AP a largo plazo	La Estrategia tiene horizonte 2026-2028, pero no contempla un plan estructural a 10 años
Censo profesional y previsión de jubilaciones	No se aporta censo por edad ni jubilaciones 2026-2028/2036
Puestos de difícil cobertura e incentivos	Se habla de talento y fidelización, pero sin mapa de difícil cobertura ni medidas concretas
Medidas de longitudinalidad	No se fijan medidas concretas para permanencia en cupo/centro
Retorno de profesionales a AP y fuga de talento	Se menciona gestión del talento, pero sin plan específico de retorno
Mapas de competencias por perfiles profesionales	No se define mapa competencial operativo por categoría
Modelo de gestión integral de la demanda basado en competencias	Se citan proyectos organizativos, pero sin garantías de dotación, responsabilidades, agenda y límites de carga
Definición de cupos y mecanismos de coordinación por perfil	No se fijan cupos/ratios máximas por categoría
Evaluación con indicadores de impacto en salud y accesibilidad	Hay indicadores internos, pero no un sistema completo de evaluación comparable, público y periódico
Salud comunitaria con despliegue operativo	Se menciona comunidad, pero sin tiempo protegido ni plantilla asociada
I+D+i vinculada a AP	Se incluye investigación, pero sin garantías de tiempo, recursos y carrera profesional
Financiación anual y finalista	No hay memoria económica completa

7.1 Insuficiente alineación con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 del Ministerio de Sanidad

El Plan del Ministerio prevé un modelo de cálculo de necesidades de recursos humanos basado en morbilidad atendida, resultados en salud y características sociodemográficas de cada área o centro de salud. También contempla informes de necesidades de plantilla por categoría profesional.

La Estrategia madrileña no aporta un modelo equivalente. No existe un cálculo transparente de necesidades por categoría, centro, zona básica o Dirección Asistencial.

CSIT UNIÓN PROFESIONAL solicita un modelo propio para Madrid que incorpore como principales parámetros:

- Población asignada
- Población atendida
- Edad
- Morbilidad
- Cronicidad
- Dependencia
- Fragilidad
- Vulnerabilidad social
- Frecuentación
- Dispersión geográfica
- Actividad domiciliaria
- Actividad comunitaria
- Carga administrativa
- Tiempos medios por intervención
- Ausencias y sustituciones
- Resultados en salud.

7.2 Insuficiente alineación con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 del Ministerio de Sanidad

El Plan estatal incluye la necesidad de una Estrategia de Recursos Humanos en Atención Primaria orientada a accesibilidad, longitudinalidad, estabilidad, atracción de talento, reducción de temporalidad y sostenibilidad a largo plazo.

La Estrategia 2026-2028 tiene un horizonte demasiado limitado y no incorpora un plan estructural de recursos humanos.

CSIT UNIÓN PROFESIONAL reclama un Plan de Recursos Humanos de Atención Primaria 2026-2036, con:

- Censo de profesionales por edad, categoría, centro y Dirección Asistencial.
- Previsión de jubilaciones.
- Previsión de nuevos especialistas formados.
- Vacantes estructurales.
- Previsión de OPEs y concursos de traslados y de movilidad interna.
- Plazas de difícil cobertura.
- Interinidades tras finalizar la residencia.
- Medidas de retorno a Atención Primaria.
- Estabilización del empleo.

- Cobertura de ausencias.
- Planificación en periodos de elevada demanda.
- Medidas para garantizar longitudinalidad.

7.3 Insuficiente alineación con el Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria 2025-2027 del Ministerio de Sanidad

El Plan del Ministerio contempla el desarrollo de mapas de competencias de los distintos profesionales de Atención Primaria y sus perfiles. La Estrategia GAAP habla de equipos, talento e innovación, pero no define un mapa competencial operativo vinculado a plantilla, agendas, cupos, tiempos de intervención y responsabilidad profesional.

No puede reorganizarse la demanda ni redistribuirse actividad entre perfiles sin definir previamente competencias, límites de responsabilidad, formación, agenda, tiempo asignado, circuito de derivación, registro en historia clínica y evaluación del impacto en carga de trabajo. La Estrategia madrileña no aporta un modelo equivalente. No existe un cálculo transparente de necesidades por categoría, centro, zona básica o Dirección Asistencial.

7.4 Insuficiente desarrollo del plan de mejora de la urgencia extrahospitalaria dependiente de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.

La Estrategia 2026-2028 no desarrolla de forma suficiente la situación de la urgencia extrahospitalaria dependiente de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. En la actualidad, esta red se estructura en Puntos de Atención Continuada o Centros de Continuidad Asistencial (PAC/CCA). Según la información oficial de la Comunidad de Madrid, actualizada el 28 de mayo de 2026, existen 80 puntos con distinta modalidad asistencial: 54 Centros de Atención Continuada Médica y 26 Centros de Continuidad de Cuidados de Enfermería, incluidos los dispositivos de fin de semana y festivos.

El modelo combina dispositivos con dotación de Medicina, Enfermería y personal no sanitario, junto a centros de continuidad de cuidados atendidos por Enfermería y personal no sanitario, sin presencia médica. Esta configuración exige una evaluación específica, ya que la dotación insuficiente de profesionales, especialmente de médicos, ha sido uno de los principales problemas del modelo desde su implantación. Las dificultades de cobertura médica han sido frecuentes y, en determinados dispositivos, graves, con impacto sobre la seguridad asistencial, la continuidad de la atención, la sobrecarga de los profesionales presentes y la confianza de la población en el servicio.

La propia documentación del Plan Integral de Mejora 2022-2023 ya recogía la existencia del SAR como dispositivo de atención extrahospitalaria, con médicos, enfermeras y celadores, e identificaba necesidades de contratación pendientes en ese ámbito.

Por ello, la Estrategia 2026-2028 no puede limitarse a anunciar un plan de mejora o a citar la coordinación con otros dispositivos sin desarrollar medidas concretas. Debe evaluar el impacto real del modelo implantado desde 2022, especialmente en lo relativo a presencia médica, seguridad asistencial y equidad territorial.

Este plan debería incluir, al menos, una memoria económica propia, la evaluación de riesgos laborales específicos (trabajo nocturno, turnicidad, aislamiento, agresiones, presión asistencial y falta de dotación) y un mapa de déficit de cobertura profesional por dispositivo. Asimismo, debe concretar la dotación prevista por categoría profesional, los criterios que justifican la existencia

de dispositivos sin médico presencial, las coberturas reales por turno, las incidencias por falta de profesionales, los circuitos de derivación, la coordinación con SUMMA112, las medidas de cobertura ante ausencias (bajas, permisos, vacaciones e incidencias sobrevenidas) y los indicadores públicos de actividad: dotación efectiva por categoría, actividad asistencial, tiempos de atención, demoras, derivaciones hospitalarias y entre dispositivos, cierres parciales, incidencias, turnos sin cobertura médica, reclamaciones y agresiones.

Desde **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** se considera imprescindible que la Gerencia aporte un diagnóstico detallado del funcionamiento de los PAC y un plan específico de refuerzo, especialmente en relación con la dotación médica, que ha sido uno de los principales problemas del modelo desde su implantación.

8. Ausencia de límites de ratio, cupo y carga asistencial

La Estrategia no fija límites máximos de ratio, cupo o carga asistencial por categoría profesional. No puede hablarse de accesibilidad, longitudinalidad, calidad, seguridad asistencial o humanización sin establecer previamente cuál es la dotación mínima necesaria para cada equipo y cuál es la carga máxima razonable por profesional.

CSIT UNIÓN PROFESIONAL solicita que se definan ratios máximas y criterios de ajuste por categorías:

Categoría	Criterios mínimos solicitados
Medicina de Familia	TSI máximas ajustadas por edad, morbilidad, frecuentación, complejidad y vulnerabilidad.
Pediatría	TSI pediátricas máximas, presión de demanda, edad y zonas de expansión.
Enfermería	TSI ajustadas, cronicidad, fragilidad, domicilios, residencias y comunidad.
Unidades administrativas	TSI, llamadas, citas, trámites, gestión de demanda y burocracia.
Farmacéuticos de AP	Población, polimedicación, residencias, seguridad del medicamento y PROA.
Trabajo Social	Vulnerabilidad, dependencia, soledad no deseada y exclusión social.
Fisioterapia / Matronas	TSI, lista de espera, cartera de servicios / Mujeres asignadas, salud sexual.

La propia propuesta de 2022 vinculaba la adecuación de plantilla con la disminución de ratios y presión asistencial. La nueva Estrategia no puede omitir este punto

9. Falta de un verdadero Plan de Prevención de Riesgos Laborales

La Estrategia incluye actuaciones sobre clima laboral, calidad de vida laboral, empresa saludable, acompañamiento emocional y medidas derivadas de la evaluación de riesgos psicosociales.

CSIT UNIÓN PROFESIONAL considera que esto es insuficiente. No equivale a un Plan de Prevención de Riesgos Laborales específico para Atención Primaria. Ya en la propuesta sindical previa al Plan de Mejora 2022-2023 se señalaba que un plan integral debía incluir salud laboral y formación, y se reclamaba el cumplimiento de acuerdos relativos a Técnicos de Prevención de Riesgos Laborales. La prevención no puede reducirse a bienestar individual o apoyo emocional. Debe intervenir sobre las causas organizativas del daño: plantillas insuficientes, agendas sobredimensionadas, agresiones, burnout, fatiga decisional y falta de sustituciones **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** solicita un plan con presupuesto específico, evaluación de riesgos por centro y dotación suficiente de técnicos de prevención.

10. Gestión de la demanda, accesibilidad y actividad ordinaria

La accesibilidad no se resuelve solo con herramientas de gestión de demanda, teleconsulta, comunicación digital o reorganización de agendas. Estas medidas, deben ser utilizadas como apoyo, pero nunca sustituir a la plantilla. El Plan 2022-2023 ya relacionaba población atendida, utilización del servicio, edad, nivel de renta, ruralidad, cobertura de ausencias y sobrecarga asistencial. La nueva Estrategia debe utilizar esos criterios para dimensionar plantilla, no solo para diseñar medidas organizativas o retributivas. Una agenda sin huecos no mejora por cambiar el circuito de entrada. Un centro sin sustituciones no mejora por añadir indicadores. Una plantilla sobrecargada no mejora trasladando tareas entre categorías si no se refuerzan todas las categorías implicadas.

11. Actividad comunitaria, prevención y promoción

La Atención Primaria no puede quedar reducida a demanda individual. Debe mantener prevención, promoción, intervención comunitaria, coordinación sociosanitaria y trabajo sobre determinantes sociales.

El Plan estatal incluye una línea específica de salud comunitaria. Sin embargo, estas actuaciones requieren tiempo protegido y plantilla suficiente.

CSIT UNIÓN PROFESIONAL solicita que la Estrategia incorpore:

1. Tiempo protegido para actividad comunitaria.
2. Indicadores de actividad comunitaria real.
3. Participación comunitaria por zona básica.
4. Coordinación con salud pública, servicios sociales y educación.
5. Formación específica.
6. Agendas con tiempo no asistencial.
7. Reconocimiento en contrato programa.
8. Dotación suficiente para que la actividad comunitaria no quede desplazada por la demanda diaria.

No puede exigirse actividad comunitaria a equipos sin sustituciones, sin huecos y sin tiempo estructural.

12. Infraestructuras y equipamiento

La Estrategia incluye infraestructuras y equipamiento, pero no aporta una planificación suficientemente territorializada, presupuestada y vinculada a plantilla.

Cada actuación debe incluir:

- Centro afectado
- Población actual y prevista
- Crecimiento urbanístico
- Estado del edificio
- Accesibilidad
- Climatización
- Seguridad
- Espacios asistenciales disponibles
- Cartera de servicios prevista
- Plantilla asignada
- Presupuesto
- Fecha de licitación
- Fecha de obra
- Fecha de apertura.

13. Tecnología y digitalización

La Estrategia incorpora proyectos de transformación digital. **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** no cuestiona la utilidad de la tecnología cuando mejora la capacidad resolutoria, reduce burocracia, mejor la asistencia y aumenta la seguridad.

Pero la digitalización no puede utilizarse como sustituto de plantilla ni como mecanismo para desplazar más carga a los profesionales.

Toda herramienta debe evaluarse antes de su implantación en términos de:

- Carga de trabajo;
- Tiempo profesional requerido
- Seguridad clínica
- Protección de datos
- Formación
- Soporte técnico
- Interoperabilidad
- Reducción real de burocracia
- Impacto en accesibilidad
- Impacto en equidad y brecha digital.

La tecnología debe estar al servicio de la clínica y de los equipos. No puede convertirse en una nueva fuente de burocracia y de presión asistencial

14. Gobernanza, evaluación y negociación

La Estrategia debe someterse a una negociación real, no limitarse a una presentación informativa.

Antes de su aprobación o despliegue definitivo, la Gerencia debe entregar:

- Memoria económica.
- Evaluación del Plan Integral de Mejora 2022-2023.
- Informe de plantilla real.
- Comparativa entre previsión de 1.222 plazas y ejecución real.
- Mapa de déficit por centro y categoría.
- Previsión de jubilaciones.
- Plan de nuevas plazas estructurales.
- Plan de sustituciones.
- Plan de ratios máximas.
- Plan de prevención de riesgos laborales.
- Plan de infraestructuras.
- Indicadores de seguimiento.
- Calendario de ejecución.

Sin documentación completa, la negociación carece de contenido.

15. Solicitudes de CSIT UNIÓN PROFESIONAL

CSIT UNIÓN PROFESIONAL solicita formalmente a la Gerencia y a la Consejería de Sanidad:

1. Incorporar una memoria económica completa, anualizada y vinculante.
2. Evaluar formalmente el cumplimiento del Plan de Mejora 2022-2023 y el motivo del desfase de plazas planificadas y no ejecutadas.
3. Reconocer que las necesidades sindicales de recursos humanos no fueron atendidas.
4. Presentar plantilla real por centro, categoría, turno y Dirección Asistencial.
5. Informar de plazas vacantes, no cubiertas, amortizadas o cubiertas temporalmente.
6. Presentar previsión de jubilaciones 2026-2028 y horizonte a diez años
7. Elaborar el **Plan de Recursos Humanos de Atención Primaria 2026-2036** con censos, jubilaciones y límites de carga explícitos.
8. Aprobar un Plan específico de Prevención de Riesgos Laborales.
9. Aplicar un modelo de cálculo de necesidades basado en morbilidad, edad, frecuentación, cronicidad, dependencia, vulnerabilidad, dispersión y carga real.
10. Cuantificar plazas necesarias por categoría, centro y zona básica.
11. Fijar límites máximos de ratio, cupo y carga asistencial por categoría profesional.
12. Establecer un mapa de competencias y funciones por categoría.
13. Garantizar cobertura de bajas, vacaciones, permisos, reducciones de jornada, formación e incidencias.
14. Incorporar un plan específico para las categorías Medicina de Familia y Pediatría.

15. Dimensionar adecuadamente Enfermería, unidades administrativas, fisioterapia, trabajo social, matronas, odontología, higienistas, TCAE, celadores, farmacéuticos de AP, técnicos de prevención y servicios centrales.
16. Reducir progresivamente la dependencia de módulos de absorción de demanda, transformando actividad estructural en plantilla estable.
17. Aprobar un **Plan específico de Prevención de Riesgos Laborales en Atención Primaria**.
18. Elaborar un mapa territorial de infraestructuras con presupuesto, calendario y plantilla asociada.
19. Reservar tiempo efectivo para actividad comunitaria, formación, docencia, investigación y coordinación sociosanitaria.
20. Garantizar la negociación real de la Estrategia antes de su despliegue definitivo.
21. Elaborar un **Plan específico de mejora de los puntos de urgencia extrahospitalaria**, que evalúe el modelo implantado desde 2022, revise los dispositivos sin presencia médica y analice su impacto en seguridad asistencial, continuidad, accesibilidad, equidad territorial y sobrecarga profesional.
22. Dicho Plan deberá concretar dotación por dispositivo y turno de Medicina, Enfermería y personal no sanitario; cobertura de ausencias; criterios de presencia médica; circuitos de derivación; coordinación con SUMMA112; indicadores de actividad, demoras, derivaciones, turnos sin cobertura médica, reclamaciones y agresiones; y memoria económica específica

Conclusión

CSIT UNIÓN PROFESIONAL considera que la Estrategia de Atención Primaria 2026-2028 contiene objetivos generales que pueden ser compartidos, pero carece actualmente de elementos esenciales para garantizar su ejecución.

La Atención Primaria madrileña no necesita solo líneas estratégicas. Necesita presupuesto, plantilla, sustituciones, prevención de riesgos laborales, límites de carga, infraestructuras, estabilidad y compromisos verificables.

El antecedente es claro. La Gerencia propuso en el Plan 2022-2023 un incremento de 1.222 efectivos, cifra que por **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** ya consideraron insuficiente. Sin embargo, ni siquiera esa previsión se ha cumplido: a diciembre de 2025 la plantilla total solo había aumentado en 52 efectivos respecto a enero de 2022.

Esta falta de desarrollo real también afecta a la urgencia extrahospitalaria dependiente de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. Un servicio que garantiza la continuidad asistencial fuera del horario ordinario no puede quedar reducido a una mención genérica.

Por tanto, **CSIT UNIÓN PROFESIONAL** no puede confiar en una nueva Estrategia que no parta de este diagnóstico, no evalúe el incumplimiento previo y no incorpore una memoria económica con compromisos reales de plantilla.

Sin financiación suficiente, sin creación estructural de plazas, sin límites de ratios, sin cobertura de jubilaciones, sin sustituciones, sin un verdadero plan de prevención de riesgos laborales y sin un plan específico de refuerzo de la urgencia extrahospitalaria, la Estrategia 2026-2028 no será un plan efectivo de fortalecimiento de la Atención Primaria, sino una nueva planificación insuficiente para corregir el déficit acumulado.