

Madrid, 13 de julio de 2026

AL DEFENSOR DEL PUEBLO DE ESPAÑA

C/ Zurbano, 42 — 28010 Madrid

SOLICITUD FORMAL DE INTERVENCIÓN EN DEFENSA DE LA CONTINUIDAD ASISTENCIAL Y LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Modelo de contratación temporal de médicos de familia con prestación asistencial periódica obligatoria en un segundo centro de salud en la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, SERMAS

D. José María Molero García, secretario general del Sindicato SIME (Sindicato de Médicos y Facultativos de Madrid), federado en CSIT UNIÓN PROFESIONAL, con DNI nº [REDACTED] en nombre de los Médicos de Familia de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, y a efectos de notificaciones en [REDACTED]

[REDACTED] comparece ante esa Institución y, como mejor proceda, ^{1,2}

EXPONE

I. OBJETO DE LA SOLICITUD

Mediante el presente escrito se solicita la **intervención del Defensor del Pueblo** ante el deterioro asistencial que puede derivarse del modelo de contratación temporal de médicos de familia implantado por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS. Dicho modelo condiciona determinados nombramientos a la aceptación, mediante diligencia individualizada, de una **prestación asistencial periódica en un segundo centro de salud**. ^{1,2}

La solicitud se formula desde una perspectiva estrictamente clínica y asistencial. No se pretende centrar el debate en aspectos laborales, sindicales o retributivos, sino en el impacto que esta organización puede producir sobre el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española, en particular sobre la continuidad asistencial, la longitudinalidad médica, el seguimiento de la cronicidad y la seguridad del paciente. ^{1,3-5}

SIME, a través de su federación **CSIT UNIÓN PROFESIONAL**, ha presentado con fecha **8 de julio de 2026** una denuncia ante la **Inspección de Trabajo y Seguridad Social** por este mismo modelo de contratación, al considerar que plantea dudas relevantes desde la perspectiva organizativa, preventiva y de condiciones de prestación de servicios (**documento 1**). ⁶ No obstante, más allá de esa vía específica, los firmantes entienden que el problema trasciende el ámbito estrictamente laboral, porque la fragmentación de la actividad del médico de familia puede tener repercusiones directas sobre la continuidad asistencial, la longitudinalidad, la seguridad clínica y, en definitiva, sobre la calidad de la atención que recibe la

población madrileña. Por ello, se dirige también la presente solicitud al **Defensor del Pueblo**, a fin de que, en el marco de sus competencias de supervisión de la actuación administrativa y defensa de los derechos constitucionales, valore la procedencia de intervenir ante la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el SERMAS. La cuestión central es si resulta compatible con una Atención Primaria segura y de calidad que un médico de familia llamado a cubrir una plaza vinculada a un centro, un CIAS (Código de Identificación Autonómica Sanitaria, código alfanumérico único que identifica un puesto de trabajo específico dentro de un centro sanitario), un turno, una agenda y una población asignada, deba fragmentar periódicamente su jornada para atender, uno o dos días por semana, a una segunda población en otro centro de salud.⁶⁻⁹

II. HECHOS Y CONTEXTO ASISTENCIAL

Los médicos de familia son llamados desde la bolsa de trabajo centralizada del SERMAS para Atención Primaria y se les ofertan plazas concretas identificadas mediante un CIAS. Desde el segundo semestre de 2024, y de forma creciente durante 2025 y 2026, la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS viene ofertando, a través de la bolsa de trabajo centralizada, nombramientos temporales de médicos de familia en una plaza vacante, identificada mediante un CIAS específico, pero la contratación queda condicionada a la aceptación, por parte del médico de familia, de una prestación asistencial periódica en un segundo centro de salud, distinto del centro vinculado al CIAS de nombramiento, uno o dos días fijos a la semana. Esta actividad no se presenta como una incidencia puntual o sobrevenida, sino como condición previa de la oferta y de la formalización del nombramiento concreto, mediante la firma de una diligencia individual. La obligación de acudir a este segundo centro puede mantenerse hasta un año e, incluso, durante ese periodo se puede ordenar la prestación asistencial en más de un centro añadido. Los centros a los que se obliga a realizar el desplazamiento son, habitualmente, centros con mayor complejidad organizativa y asistencial y con plazas de médico de familia no cubiertas, lo que evidencia que el desplazamiento parcial no corrige el problema estructural de cobertura.

La propia Gerencia Asistencial de Atención Primaria, ante las solicitudes de información formuladas por la organización sindical CSIT UNIÓN PROFESIONAL en mayo de 2026 (**documento 2**), ha reconocido la existencia de esta modalidad de contratación y la ha justificado como una medida necesaria y normalizada para atender necesidades asistenciales y organizativas (**documento 3**). Esta respuesta confirma que no se trata de una práctica aislada, sino de un modelo conocido, organizado y reiterado, articulado mediante diligencias individuales incorporadas a nombramientos temporales.

Desde el punto de vista asistencial, el mecanismo produce un efecto claro: un mismo facultativo divide su jornada semanal entre dos centros de salud, dos poblaciones, dos agendas y dos equipos asistenciales. La consecuencia no es la creación de nueva

capacidad asistencial, sino la redistribución fragmentada de un recurso médico ya escaso.

El ejemplo de mayo de 2026 se menciona por tratarse de llamamientos centralizados, documentados y con un elevado número de plazas ofertadas, lo que permite cuantificar con precisión la magnitud del fenómeno. No obstante, el problema no se limita a esos llamamientos: en la contratación ordinaria se reproduce de forma habitual, a medida que surgen nuevas vacantes o necesidades de cobertura. La magnitud del fenómeno queda acreditada por los llamamientos centralizados de mayo de 2026, especialmente los realizados los días 12 y 29 de mayo de 2026 a través de la Bolsa Centralizada de Trabajo de médicos de familia de Atención Primaria (**documentos 4 y 5**). El análisis de dichos llamamientos ofrece los siguientes datos:

Magnitud	Dato constatado (mayo de 2026) ⁶	Observación asistencial
Plazas ofertadas	368 plazas de Medicina de Familia ⁶	Universo total de nombramientos analizados
Plazas con desplazamiento obligatorio	83 plazas (22,6 % del total) ⁶	Modelo sistemático y reiterado, no supuesto residual
Distancia media entre centros	30,0 km de media; mediana 26,6 km; máximo 69,2 km ⁶	36 plazas superaban los 30 km y 19 superaban los 45 km
Tiempo de desplazamiento	30,8 min de media en coche; máximo 55 min. 68,7 min de media en transporte público; máximo 122 min ⁶	51 plazas implicaban 60 minutos o más en transporte público; 28 alcanzaban o superaban 90 minutos

(**documentos 6 y 7**)

Estos datos descartan que la medida sea excepcional. En los llamamientos analizados, más de una de cada cinco plazas ofertadas incorporaba obligación de desplazamiento parcial. Desde la óptica del ciudadano, ello supone que una parte significativa de los médicos llamados a cubrir necesidades de Atención Primaria no quedan vinculados de forma plena y estable a una población, sino a una prestación clínica fragmentada entre centros.

La Administración puede y debe garantizar la asistencia en centros de difícil cobertura. Lo que se cuestiona es que dicha finalidad se persiga mediante una fórmula que debilita simultáneamente la continuidad del centro de origen y la longitudinalidad del centro receptor. ⁴⁻⁶

III. FUNDAMENTOS CLÍNICOS Y RIESGOS PARA LA SALUD DE LA POBLACIÓN

1. La Atención Primaria no es una asistencia episódica intercambiable

La Atención Primaria no se limita a disponer de un médico físicamente presente en una consulta. Su valor clínico diferencial reside en la relación continuada entre un profesional sanitario y una población concreta a lo largo del tiempo. Sus atributos nucleares son la accesibilidad, la integralidad, la coordinación, la continuidad y, de forma singular, la longitudinalidad.^{3,7-10}

La historia clínica electrónica no recoge toda la información clínicamente relevante. En Medicina de Familia tiene un valor esencial la información contextual no codificada: quién cuida a quién, quién minimiza síntomas, quién no comprende adecuadamente los tratamientos, quién consulta tarde, quién presenta riesgo social o quién tiene baja adherencia pese a expresar lo contrario. Esta información no siempre queda registrada, pero resulta decisiva para interpretar correctamente la demanda clínica.

La longitudinalidad permite que el médico de familia conozca a sus pacientes, sus antecedentes, la evolución de sus enfermedades, su entorno familiar, sus preferencias, su grado real de adherencia, sus condicionantes sociales y su forma habitual de expresar síntomas. Esta información contextual no se reconstruye de manera inmediata a partir de una historia clínica electrónica; se acumula mediante una relación asistencial continuada.^{8,9,11}

La importancia clínica de la longitudinalidad dispone de respaldo empírico. Una revisión sistemática publicada en BMJ Open en 2018, con 22 estudios, observó que 18 de ellos (81,8 %) asociaban una mayor continuidad médica con menor mortalidad; en 16 estudios, con menor mortalidad por cualquier causa. En datos nacionales noruegos, las relaciones paciente-médico de 15 años o más se asociaron con reducciones aproximadas entre el 25% y el 30% en uso de atención urgente fuera de horario, ingresos hospitalarios agudos y mortalidad frente a relaciones de corta duración. Aunque la evidencia es mayoritariamente observacional, estos resultados apoyan que la longitudinalidad actúa como un elemento de seguridad clínica y reducción de morbilidad evitable, no como una simple preferencia organizativa.¹²⁻¹⁵

Fragmentar la actividad de un médico entre dos centros de salud rompe precisamente ese núcleo clínico. El profesional deja de estar plenamente disponible para su población asignada y pasa a actuar parcialmente como recurso itinerante para cubrir déficits organizativos. La sustitución parcial de una atención longitudinal por una atención episódica y deslocalizada no es neutra. Este tipo de atención reduce la capacidad de seguimiento y reevaluación, debilita la confianza clínica y priva a los pacientes, especialmente a los mayores, pluripatológicos o socialmente vulnerables, del beneficio acumulativo asociado a ser atendidos por un profesional que los conoce.^{9,11-15}

2. Ruptura del binomio médico-paciente y pérdida de seguimiento clínico

El binomio médico-paciente en Atención Primaria se construye sobre la repetición de encuentros, el conocimiento acumulado y la confianza. Ese conocimiento no se limita a diagnósticos codificados, incluye dinámica familiar, adherencia real, fragilidad social,

deterioro funcional, capacidad de autocuidado, percepción habitual de síntomas y forma de enfermar. ^{8,9,11}

El modelo denunciado rompe ese binomio en dos direcciones. En el centro de origen, el médico reduce su presencia efectiva en el cupo asignado, lo que dificulta la revisión de procesos abiertos, resultados pendientes, cambios terapéuticos recientes y situaciones de vulnerabilidad. En el centro receptor, el mismo profesional atiende a pacientes que no conoce, con menor integración en el equipo local y con limitada capacidad de seguimiento posterior. ^{6,9,11}

El impacto es especialmente relevante en pacientes mayores, pluripatológicos, dependientes, polimedicados, con enfermedad mental, fragilidad, deterioro cognitivo, comórbidos (enfermedad renal crónica, insuficiencia cardíaca, EPOC, diabetes) o problemas sociales complejos. En estos perfiles, la calidad asistencial depende de integrar trayectorias clínicas, contexto familiar, adherencia, objetivos terapéuticos realistas y coordinación con otros profesionales del centro y de otros ámbitos. ^{9,11,15,16}

3. Cronicidad, agendas cruzadas y seguridad del paciente

La cronicidad exige continuidad. Hipertensión arterial, diabetes, insuficiencia cardíaca, EPOC, enfermedad renal crónica, trastornos mentales, fragilidad, deterioro cognitivo o polimedicación no se abordan de forma óptima mediante intervenciones episódicas. Requieren valorar tendencias, interpretar síntomas en contexto, revisar adherencia y tolerancia, priorizar intervenciones y coordinar cuidados. ^{9,11,15,16}

La evidencia disponible sobre atención fragmentada en Atención Primaria y en pacientes con enfermedades crónicas muestra una asociación consistente con peores resultados clínicos y organizativos. Las revisiones y estudios poblacionales describen mayor utilización de urgencias, más hospitalizaciones, incremento de pruebas diagnósticas, mayor coste sanitario, menor calidad asistencial y, en algunos estudios, mayor mortalidad. Aunque la mayor parte de esta evidencia es observacional y no permite establecer causalidad absoluta, resulta suficiente para considerar que la fragmentación deliberada de la atención médica de familia constituye un riesgo clínico-organizativo relevante, especialmente en pacientes crónicos, pluripatológicos, frágiles o socialmente vulnerables. ^{18,19}

La prestación semanal en dos centros genera agendas cruzadas. El médico de familia alterna pacientes, circuitos, protocolos locales, equipos, tareas pendientes y responsabilidades clínicas en entornos distintos. Esta dinámica introduce riesgos organizativos específicos como pérdida de trazabilidad de resultados, dificultad para cerrar episodios, menor disponibilidad para reevaluaciones tempranas, descoordinación con enfermería, fragmentación de la responsabilidad clínica y fallos de comunicación entre profesionales. ^{6,16,17,20,21,24,25}

Esta fragmentación se agrava cuando la actividad asignada en el centro receptor no es fija ni previsible, sino dependiente de las necesidades semanales del centro. En esos casos, el médico no solo se desplaza a otra población, sino que puede atender cada semana agendas distintas, pacientes diferentes y procesos clínicos sin

continuidad posterior. Ello impide consolidar una población de referencia en el centro añadido, dificulta el cierre de episodios clínicos y convierte la intervención del médico desplazado en una cobertura episódica de demanda, más próxima a un refuerzo puntual de agenda que a una verdadera Medicina de Familia longitudinal.

La magnitud del riesgo no es meramente teórica. En una cohorte nacional danesa de 4,7 millones de adultos, tener menos del 25 % de las consultas con el proveedor habitual se asoció con mayor medicación potencialmente inapropiada y mayor mortalidad frente a la continuidad completa. Otros estudios en atención ambulatoria han relacionado la fragmentación con hospitalización posterior, mayor uso de urgencias e ingresos en pacientes con enfermedades crónicas, más pruebas diagnósticas y mayor coste sanitario. ¹⁹⁻²³

En Atención Primaria muchas decisiones se adoptan bajo incertidumbre. La seguridad mejora cuando el profesional conoce al paciente, puede observar su evolución y dispone de un contexto longitudinal. Por el contrario, la atención fragmentada obliga a decidir con menos información contextual y menor capacidad real de seguimiento; además, favorece errores de medicación, interacciones, duplicidad de pruebas, procedimientos innecesarios, pérdidas de información en las transiciones y hospitalizaciones potencialmente evitables. ^{9,16,17,20,21,23-25}

Además, este modelo deteriora una función esencial de la Medicina de Familia, el filtro diagnóstico longitudinal. En Atención Primaria muchos problemas de salud no se resuelven en una única consulta, sino mediante observación evolutiva, reevaluación temprana y comparación con la situación basal del paciente. La fragmentación entre centros reduce esa capacidad, aumenta el riesgo de pérdida de señales clínicas relevantes y favorece una atención más reactiva, centrada en resolver episodios aislados. Este tipo de asistencia puede favorecer retrasos diagnósticos, derivaciones reactivas o decisiones adoptadas con menor información contextual.

No toda atención compartida por varios profesionales es perjudicial. Puede ser apropiada en pacientes complejos si existe una coordinación fuerte desde Atención Primaria, un profesional de referencia claramente identificado y circuitos de información robustos. El problema aparece cuando la multiplicidad de contactos sustituye a la continuidad, cuando no existe un responsable dominante o cuando las transiciones superan la capacidad real de coordinación del médico de familia. El modelo descrito se aproxima a este segundo escenario, al convertir al médico de familia en un recurso itinerante entre centros y debilitar su papel como referente longitudinal de una población asignada. ^{18,19,24}

La consecuencia de fondo es la transformación progresiva de la Atención Primaria en una medicina de episodios, orientada a resolver demanda inmediata, en lugar de una medicina de personas, familias y comunidades.

4. Deterioro del trabajo en equipo del centro de salud

El médico de familia no trabaja solo. La AP depende del equipo estable: enfermería, trabajo social, administrativos, fisioterapia, matrona, unidades de apoyo, continuidad con hospital, farmacia, salud pública. La atención fragmentada debilita el trabajo del equipo de Atención Primaria, al dificultar la coordinación con enfermería, trabajo social y otros profesionales del centro en el seguimiento de pacientes complejos, resultados pendientes, atención domiciliaria y actividades preventivas. La continuidad no es solo médico-paciente, sino también médico-enfermera, médico-trabajo social, médico-administración sanitaria y médico-resto del equipo. La presencia parcial en dos centros dificulta sesiones clínicas, coordinación de pacientes complejos, seguimiento compartido de crónicos, revisión de resultados pendientes, atención domiciliaria y circuitos internos de seguridad. El profesional desplazado no se integra plenamente en el centro receptor y, simultáneamente, pierde presencia operativa en el equipo de origen.

5. Impacto en prevención y salud comunitaria

La fragmentación del médico de familia compromete actividades preventivas y comunitarias que requieren conocimiento del cupo y planificación continuada. La vacunación de pacientes vulnerables, la prevención cardiovascular, los cribados, la detección de fragilidad, la revisión de polimedicación, la deprescripción, la prevención de caídas, el abordaje del riesgo social y la atención domiciliaria no se garantizan adecuadamente mediante coberturas parciales e intermitentes. La consecuencia es una Atención Primaria más reactiva, centrada en resolver agenda inmediata, y menos capaz de anticiparse a la enfermedad y proteger la salud de la población asignada.

6. Aumento de inequidad territorial

El modelo puede agravar la inequidad territorial. Los centros de difícil cobertura suelen coincidir con entornos de mayor complejidad organizativa, social o geográfica, donde la estabilidad profesional resulta especialmente necesaria. La cobertura parcial mediante médicos procedentes de otros centros no resuelve los múltiples problemas de estos centros ni corrige esa desigualdad, sino que puede consolidarla. Las poblaciones más necesitadas de continuidad reciben una asistencia intermitente, y los centros de origen pierden también parte de su capacidad longitudinal. Se produce así una doble penalización asistencial. La Gerencia, además, opta por una solución de carácter cortoplacista: cubrir una o varias agendas vacantes con profesionales distintos, sin abordar medidas concretas, estables y estructurales que resuelvan los problemas de cobertura de esos centros.

7. Riesgo sobre atención domiciliaria, fragilidad y cuidados paliativos

El perjuicio es especialmente intenso en la atención domiciliaria, la fragilidad avanzada y los cuidados paliativos. Estos ámbitos dependen de la confianza, del conocimiento familiar, de la anticipación de descompensaciones y de la coordinación con enfermería y trabajo social. Un médico con presencia fragmentada dispone de menor capacidad para planificar visitas domiciliarias, ajustar objetivos terapéuticos, acompañar decisiones complejas o responder con continuidad a situaciones de final de vida.

8. Dilución de responsabilidad clínica

No en sentido jurídico laboral, sino clínico. Se plantean habitualmente dudas como quién revisa los resultados de pruebas complementarias, informes de hospitalización/urgencias hospitalarias, resultados de cribado poblacional, informes de inspección médica, unidades de apoyo y otra serie de actividades pendientes que se generan en el seguimiento clínico de los pacientes en Atención Primaria. La fragmentación también diluye la responsabilidad clínica sobre procesos abiertos. En Atención Primaria son frecuentes las decisiones que requieren seguimiento posterior: cambios de tratamiento, solicitudes de pruebas, resultados pendientes, reevaluaciones programadas, derivaciones y vigilancia de síntomas de alarma. La alternancia entre centros aumenta el riesgo de que nadie asuma de forma clara y continuada el cierre clínico del episodio, especialmente cuando el profesional atiende pacientes que no pertenecen a su cupo o no podrá reevaluar posteriormente. El riesgo existe en ambos centros de salud, aunque es mayor en el centro al que se obliga al profesional a acudir una o dos veces a la semana, al no existir una relación longitudinal ni una responsabilidad clínica continuada sobre esa población.

9. Desplazamiento de la AP hacia una medicina episódica “de urgencias de cupo”

Este modelo convierte la Atención Primaria en una cadena de resolución de agenda. La consecuencia de fondo es la transformación progresiva de la Atención Primaria en una medicina de episodios, orientada a resolver demanda inmediata, en lugar de una medicina de personas, familias y comunidades. Cuando el médico de familia se convierte en un recurso itinerante para cubrir huecos de agenda, se debilita su función propia de acompañar procesos, integrar información, priorizar riesgos, prevenir enfermedad, coordinar cuidados y asumir responsabilidad longitudinal sobre una población.

10. Fatiga, desplazamientos y rendimiento clínico

Los desplazamientos entre centros no son neutros. En los dos últimos llamamientos la distancia media fue de 30-33 km, con máximos de 70 km, y tiempos relevantes de traslado añaden fatiga, presión de puntualidad, adaptación a entornos distintos y reorganización de tareas pendientes (**documentos 4 a 7**). Todo ello incrementa la carga cognitiva del facultativo y puede reducir la concentración durante la actividad clínica. La evidencia específica que evalúa de forma directa el efecto del desplazamiento sobre el rendimiento de los médicos de familia es limitada; sin embargo, la literatura sobre fatiga, burnout, sueño y fatiga decisional en profesionales sanitarios permite considerar estos desplazamientos como parte de la carga total de trabajo con impacto potencial sobre la calidad asistencial y la seguridad clínica.
6,16,17,26-30

En profesionales de Atención Primaria, una revisión sistemática y metaanálisis identificó la distancia recorrida al trabajo como uno de los factores asociados al burnout en los contextos analizados. A su vez, la literatura sobre burnout médico

muestra una asociación consistente con peor calidad asistencial, menor satisfacción de los pacientes y mayor riesgo de incidentes de seguridad. Este vínculo es relevante porque conecta el desplazamiento impuesto con un mecanismo intermedio —agotamiento profesional y fatiga acumulada que sí ha demostrado relación con resultados asistenciales adversos.^{26,28}

La fatiga decisional añade otro elemento de riesgo. Una revisión sistemática en profesionales sanitarios describe que la acumulación de decisiones durante la jornada puede modificar la conducta clínica, con ejemplos en médicos generales como menor realización de actuaciones preventivas conforme avanza la sesión. Aunque estos estudios no analizan específicamente desplazamientos entre centros de salud, sí apoyan que la sobrecarga cognitiva y el cansancio acumulado pueden afectar a decisiones clínicas relevantes.²⁷

La evidencia sobre fatiga y rendimiento clínico es concordante con esta interpretación. Estudios recientes han mostrado que la fatiga inferida a partir de notas clínicas en urgencias se asocia con cambios medibles en indicadores de proceso diagnóstico, y que los esquemas de trabajo con peor descanso se relacionan con deterioro de memoria de trabajo, vigilancia y rendimiento cognitivo. La extrapolación a Atención Primaria debe realizarse con prudencia, pero refuerza la necesidad de evaluar los desplazamientos periódicos, los cambios de entorno y la acumulación de agendas como factores de riesgo organizativo.^{29,30}

Por tanto, la cuestión no es únicamente si el profesional puede desplazarse físicamente de un centro a otro, sino si un modelo que incorpora desplazamientos prolongados, adaptación repetida a equipos y circuitos distintos, menor tiempo de recuperación y mayor carga cognitiva preserva las condiciones necesarias para una práctica clínica segura, reflexiva y con capacidad de seguimiento. Desde la perspectiva de seguridad del paciente, estos elementos deben ser considerados riesgos previsibles y evaluables, no simples incidencias logísticas.^{16,17,26-30}

La seguridad del paciente exige entornos asistenciales ordenados, equipos estables, tiempo suficiente y continuidad. Un modelo que obliga al médico a desplazarse periódicamente entre centros para sostener agendas parciales introduce un factor adicional de riesgo organizativo que debe ser evaluado desde la perspectiva de la calidad asistencial y no solo desde la gestión de recursos humanos.^{16,17,26-30}

11. Déficit crónico de médicos y solución organizativa fallida

La Comunidad de Madrid arrastra un déficit crónico de médicos de familia en Atención Primaria. En ese contexto, resulta clínicamente contradictorio que, cuando se dispone de un profesional para cubrir una plaza vacante, se fragmente su dedicación y se le obligue a desatender parcialmente su cupo para acudir a otro centro también deficitario.

El efecto real no es ampliar la cobertura, sino repartir la insuficiencia de tal forma que el centro de origen pierde presencia médica longitudinal y el centro receptor obtiene

una cobertura parcial e intermitente. De este modo, ningún dispositivo recibe la estabilidad necesaria para construir un vínculo clínico sólido con su población.^{3,6-9}

Las necesidades de los centros de difícil cobertura requieren respuestas estructurales: planificación de plantillas, incentivos específicos, cobertura íntegra de plazas, estabilidad de equipos, mejora organizativa y reducción de la sobrecarga asistencial. La cobertura parcial fragmentada puede aliviar formalmente una agenda a corto plazo, pero deteriora el atributo central que hace valiosa a la Atención Primaria, la accesibilidad continuada a un profesional de referencia.^{3-5,10}

Existe, además, un efecto disuasorio relevante sobre la cobertura efectiva de las plazas. Estas ofertas tienen escaso atractivo para muchos candidatos de la bolsa de empleo, porque incorporan una prestación fragmentada y desplazamientos periódicos que reducen la posibilidad de construir un cupo estable. En la práctica, no es infrecuente que algunos profesionales opten por no aceptar el nombramiento, aun a costa de permanecer sin contratación, con una consecuencia asistencial especialmente grave, tampoco se cubre la plaza original para la que podrían haber sido contratados a jornada completa y con vinculación estable a una población concreta.^{6,31-34}

De este modo, la medida puede producir el efecto contrario al pretendido. Por intentar forzar la cobertura parcial de un centro de difícil cobertura, que requiere medidas estructurales propias, se desincentiva la aceptación de contratos y se dejan sin cubrir plazas en otros centros donde sí podría garantizarse una continuidad asistencial plena. Además, las condiciones de los centros receptores no mejoran de forma estable, por lo que el problema se perpetúa y se agrava el número de plazas no cubiertas en la Comunidad de Madrid.^{6,31,32}

Los informes recientes de APSeMueve y AMYTS han descrito un déficit persistente de médicos de familia y pediatras en la Atención Primaria madrileña, con centros de salud sin dotación suficiente y una parte relevante de la población sin seguimiento estable por profesional asignado. En la 3.^a ola del Observatorio de APSeMueve-AMYTS, realizada entre el 10 y el 16 de marzo de 2025 sobre el 100 % de los 267 centros de salud y consultorios de la Comunidad de Madrid, se identificaron 417 plazas de Medicina de Familia sin cubrir, el 11 % de las 3.812 existentes, y 139 plazas de Pediatría sin cubrir, el 14,5 % de las 963 existentes (**documento 8**). El mismo informe señalaba que 194 centros, el 72,7 %, tenían plantilla médica incompleta; que 42 centros de salud estaban en situación crítica en Medicina de Familia y 81 en Pediatría; y que aproximadamente 764.000 personas, el 11 % de la población madrileña, no disponían de seguimiento por médico de familia o pediatra con la calidad que debe ofrecer la Atención Primaria. A ello se añadía que los módulos de absorción de demanda realizados en 2024 equivalían a la actividad de 272 médicos de familia y 57 pediatras. En junio de 2026, las informaciones publicadas señalaron que solo 49 de 139 nuevos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria y Pediatría formados en la Comunidad de Madrid aceptaron plaza en la región. Según los datos aportados por

los firmantes, en Medicina de Familia la cifra se situaría en 42 profesionales, aproximadamente un 50 % menos que en 2025 y un 60 % menos que en 2024.³¹⁻³⁴

12. Impacto sobre médicos recién especializados, relevo generacional y fidelización profesional

La mayoría de estas ofertas recaen, por la propia dinámica de la bolsa temporal, sobre médicos de familia recién especializados, en los primeros años posteriores a la finalización de la residencia. Se trata de una etapa profesional especialmente sensible, en la que la vinculación estable a un centro, a un equipo y a una población asignada permite afianzar competencias clínicas, consolidar el razonamiento propio de la Medicina de Familia y transformar la formación recibida durante el MIR en experiencia longitudinal real.^{8,9,11,35,36}

En lugar de favorecer esa consolidación, el modelo fragmentado obliga a estos profesionales a alternar consultas de contenido muy distinto, con pacientes, perfiles sociales, circuitos asistenciales y equipos diferentes, sin continuidad suficiente y con menor posibilidad de seguimiento clínico. Desde la perspectiva del sistema sanitario, ello no solo afecta al presente de la asistencia, sino también a la calidad futura de la Medicina de Familia en Madrid. La pregunta que debe formularse es: ¿está garantizando este modelo el relevo generacional de médicos de familia competentes, vinculados y comprometidos con la Atención Primaria madrileña, o está transmitiendo a los nuevos especialistas que su destino profesional será la inestabilidad, la itinerancia y la imposibilidad de ejercer una Medicina de Familia plena, favoreciendo la pérdida de talento hacia otros destinos profesionales? Los datos anteriormente citados sobre el número de residentes que siguen vinculados al SERMAS tras finalizar su formación especializada en Medicina de Familia, 31-34 apuntan a un problema relevante de fidelización. Esta pérdida de atractivo se enmarca en un problema más amplio de condiciones laborales y organizativas de la Atención Primaria, como la sobrecarga asistencial, la inestabilidad contractual, el menor reconocimiento profesional y la búsqueda de alternativas en urgencias, sanidad privada, otras comunidades autónomas o incluso en el extranjero. En este contexto, la fragmentación contractual dificulta la capacitación progresiva, debilita el desarrollo profesional, científico y sanitario de los médicos jóvenes y reduce la capacidad del sistema para fidelizar profesionales en Atención Primaria. 31-36

IV. RELEVANCIA CONSTITUCIONAL Y SANITARIA

El artículo 43 de la Constitución Española reconoce el derecho a la protección de la salud y encomienda a los poderes públicos la organización y tutela de la salud pública mediante las prestaciones y servicios necesarios. La organización de los recursos humanos en Atención Primaria no es, por tanto, una cuestión interna sin trascendencia ciudadana: condiciona directamente la calidad, continuidad, seguridad y equidad de la asistencia que reciben los pacientes.^{1,4,5}

Una organización que impide que el médico de familia ejerza de forma estable sobre su población asignada compromete la continuidad asistencial, el seguimiento de pacientes crónicos, la seguridad clínica, la accesibilidad real, la coordinación del equipo de Atención Primaria, la equidad de las poblaciones atendidas en centros de difícil cobertura y la confianza de la ciudadanía en su médico y en el sistema sanitario. ^{3-5,7-10,16,17}

Por ello, la presente solicitud se formula ante el Defensor del Pueblo como institución garante de los derechos reconocidos constitucionalmente y supervisora de la actuación de las Administraciones públicas. ^{1,2}

V. DOCUMENTACIÓN QUE SE ACOMPAÑA

Se acompaña a la presente solicitud la documentación técnica y asistencial relativa al modelo de contratación temporal de médicos de familia con prestación asistencial periódica en segundo centro de salud, incluyendo el análisis de los llamamientos de mayo de 2026, la cuantificación de plazas afectadas, distancias y tiempos de desplazamiento, así como referencias técnicas sobre continuidad asistencial, longitudinalidad, atención fragmentada, déficit de cobertura y estabilidad profesional tras la residencia que sustentan la valoración del impacto sobre la seguridad clínica y la salud de la población atendida. ^{6-8,12-36}

VI. PETICIÓN

Por todo lo expuesto, se SOLICITA del Defensor del Pueblo de España: ^{1,2}

1. Que admita a trámite la presente queja y acuerde la apertura de actuaciones sobre el modelo de contratación temporal de médicos de familia con prestación asistencial periódica obligatoria en un segundo centro de salud, implantado por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria del SERMAS. ^{2,6}
2. Que requiera a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y/o al SERMAS la documentación, criterios asistenciales, análisis de impacto y justificación técnica que amparen la implantación de este modelo, en particular en lo relativo a su compatibilidad con la longitudinalidad, la continuidad asistencial, el seguimiento de la cronicidad y la seguridad del paciente. ^{3,6-9,17,26-30}
3. Que solicite información específica sobre el número de plazas afectadas, centros de origen y destino, días de prestación en segundo centro, duración prevista, distancias y tiempos de desplazamiento, así como sobre las medidas adoptadas para evitar la pérdida de seguimiento clínico, la fragmentación de agendas, el rechazo de ofertas por candidatos de la bolsa, la no cobertura de plazas originales y el impacto específico sobre médicos de familia recién especializados. ^{6,31-36}
4. Que valore si el modelo descrito resulta compatible con el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 CE y con los principios de calidad, continuidad, equidad y seguridad que deben presidir la prestación de los servicios sanitarios públicos. ^{1,3-5,17}

5. Que, en su caso, dirija a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid una recomendación o sugerencia orientada a que cese la cobertura parcial fragmentada entre dos centros de salud como fórmula ordinaria y sistemática de cobertura de plazas de Medicina de Familia. ⁴⁻⁹
6. Que recomiende que las necesidades asistenciales de los centros de difícil cobertura se resuelvan mediante planificación estructural, provisión estable de plazas, incentivos adecuados, cobertura íntegra de los cupos y medidas de fidelización y estabilidad para médicos de familia recién especializados, sin deteriorar la continuidad asistencial de otros centros. ^{3-5,10,31-36}
7. Que informe a los firmantes del resultado de las actuaciones practicadas, en los términos previstos en la Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo. ²

La finalidad de esta solicitud es proteger a la ciudadanía madrileña frente a un modelo organizativo que, bajo la apariencia de mejorar la cobertura, puede deteriorar el núcleo esencial de la Atención Primaria: la relación continuada, estable y responsable entre un médico de familia y su población. ^{3,7-9,11-15}

Los firmantes quedan a disposición de esa Institución para aportar cuanta información complementaria resulte necesaria para el análisis de la presente queja. ^{2,6}

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y NORMATIVAS

1. España. Constitución Española. Boletín Oficial del Estado, núm. 311, de 29 de diciembre de 1978 [Internet]. [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/29/\(1\)](https://www.boe.es/eli/es/c/1978/12/29/(1))
2. España. Ley Orgánica 3/1981, de 6 de abril, del Defensor del Pueblo. Boletín Oficial del Estado, núm. 109, de 7 de mayo de 1981 [Internet]. [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/lo/1981/04/06/3>
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Declaration of Astana [Internet]. Geneva: WHO; 2018 [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
4. España. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado, núm. 128, de 29 de mayo de 2003 [Internet]. [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16>
5. España. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. Boletín Oficial del Estado, núm. 102, de 29 de abril de 1986 [Internet]. [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/1986/04/25/14>
6. CSIT Unión Profesional. Denuncia ante la Inspección de Trabajo y Seguridad Social: contratación de médicos de familia de Atención Primaria condicionada a prestación asistencial periódica en segundo centro. Madrid: CSIT Unión Profesional; 2026.
7. Sánchez-Amat M, Padilla-Bernáldez J, Gavilán Moral E. ¿Qué es la Atención Primaria de Salud? AMF. 2021;17(2):76-84.
8. Álvarez Montero S. Una vuelta a los valores centrales en medicina de familia. Aten Primaria. 2017;49(4):248-252. doi:10.1016/j.aprim.2016.06.011.
9. Haggerty JL, Reid RJ, Freeman GK, Starfield BH, Adair CE, McKendry R. Continuity of care: a multidisciplinary review. BMJ. 2003;327(7425):1219-1221. doi:10.1136/bmj.327.7425.1219.
10. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. Milbank Q. 2005;83(3):457-502. doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x.
11. Saultz JW, Lochner J. Interpersonal continuity of care and care outcomes: a critical review. Ann Fam Med. 2005;3(2):159-166. doi:10.1370/afm.285.
12. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. BMJ Open. 2018;8(6):e021161. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161.
13. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. Br J Gen Pract. 2020;70(698):e600-e611. doi:10.3399/bjgp20X712289.
14. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Br J Gen Pract. 2022;72(715):e84-e90. doi:10.3399/BJGP.2021.0340.
15. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. BMJ. 2017;356:j84. doi:10.1136/bmj.j84.
16. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Improving diagnosis in health care. Washington (DC): National Academies Press; 2015.
17. World Health Organization. Global patient safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021 [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
18. Joo JY. Fragmented care and chronic illness patient outcomes: a systematic review. Nurs Open. 2023;10(6):3460-3473. doi:10.1002/nop2.1607.
19. Prior A, Vestergaard C, Vedsted P, Smith SM, Virgilsen L, Rasmussen L, Fenger-Grøn M. Healthcare fragmentation, multimorbidity, potentially inappropriate medication, and mortality: a Danish nationwide cohort study. BMC Med. 2023;21:305. doi:10.1186/s12916-023-03021-3.

20. Kern LM, Ringel JB, Rajan M, Colantonio LD, Casalino LP, Pinheiro LC, et al. Ambulatory care fragmentation and subsequent hospitalization: evidence from the REGARDS study. *Med Care*. 2021;59(4):334-340. doi:10.1097/MLR.0000000000001470.
21. Kern LM, Seirup JK, Rajan M, Jawahar R, Stuard SS. Fragmented ambulatory care and subsequent healthcare utilization among Medicare beneficiaries. *Am J Manag Care*. 2018;24(9):e278-e284.
22. Frandsen BR, Joynt KE, Rebitzer JB, Jha AK. Care fragmentation, quality, and costs among chronically ill patients. *Am J Manag Care*. 2015;21(5):355-362.
23. Kern LM, Seirup JK, Casalino LP, Safford MM. Healthcare fragmentation and the frequency of radiology and other diagnostic tests: a cross-sectional study. *J Gen Intern Med*. 2017;32(2):175-181. doi:10.1007/s11606-016-3883-z.
24. Edwards ST, Greene L, Chaudhary C, Boothroyd D, Kinosian B, Zulman DM. Outpatient care fragmentation and acute care utilization in Veterans Affairs home-based primary care. *JAMA Netw Open*. 2022;5(9):e2230036. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.30036.
25. Kern LM, Lau JD, Rajan M, Rhodes JD, Casalino LP, Colantonio LD, et al. Associations among claims-based care fragmentation, self-reported gaps in care coordination, and self-reported adverse events. *BMC Health Serv Res*. 2024;24:1195. doi:10.1186/s12913-024-11440-y.
26. Wright T, Mughal F, Babatunde OO, Dikomititis L, Mallen CD, Helliwell T. Burnout among primary health-care professionals in low- and middle-income countries: systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ*. 2022;100(6):385-401A. doi:10.2471/BLT.22.288300.
27. Maier M, Powell D, Murchie P, Allan JL. Systematic review of the effects of decision fatigue in healthcare professionals on medical decision-making. *Health Psychol Rev*. 2025;19(4):717-762. doi:10.1080/17437199.2025.2513916.
28. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, et al. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022;378:e070442. doi:10.1136/bmj-2022-070442.
29. Hsu CC, Obermeyer Z, Tan C. A machine learning model using clinical notes to identify physician fatigue. *Nat Commun*. 2025;16:5791. doi:10.1038/s41467-025-60865-4.
30. Massar SAA, Chua XY, Leong R, Golkashani HA, Pu Z, Ng ASC, et al. Sleep, well-being, and cognition in medical interns on a float or overnight call schedule. *JAMA Netw Open*. 2024;7(10):e2438350. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.38350.
31. APSeMueve; AMYTS. Informe de la situación real de los médicos de familia y pediatras en los centros de salud de la Comunidad de Madrid. 3.ª ola de datos del Observatorio de Atención Primaria APSeMueve-AMYTS, 10-16 de marzo de 2025 [Internet]. Madrid: APSeMueve-AMYTS; 2025 [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: https://corporativa.amyts.es/images/sab_media_library_asset/file/b4038032-aad4-4464-bcca-7a2e92c570fb/informe-rueda-de-prensa-14-abril-2025-para-entregar-1-.pdf
32. AMYTS. Faltan 321 médicos de Familia y 44 pediatras en Madrid: 2,6 millones de consultas se cubrieron con horas extra en 2025 [Internet]. Madrid: AMYTS; 2026 [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: <https://corporativa.amyts.es/noticias/noticia/?slug=faltan-321-medicos-de-familia-en-madrid-24-millones-de-consultas-se-cubrieron-con-horas-extra-en-2025>
33. Castro S. Madrid pierde a casi dos tercios de los nuevos médicos de familia y pediatras que acaba de formar: solo 49 de 139 aceptan plaza. *El País* [Internet]. 2026 Jun 1 [consultado el 8 de julio de 2026]. Disponible en: <https://elpais.com/espana/madrid/2026-06-01/madrid-pierde-a-casi-dos-tercios-de-los-nuevos-medicos-de-familia-y-pediatras-que-acaba-de-formar-solo-49-de-139-aceptan-plaza.html>
34. CSIT Unión Profesional. Datos de adjudicación y permanencia de médicos de familia recién especializados en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid, 2024-2026. Documentación aportada por los firmantes; 2026.

35. Aggarwal M, Abdelhalim R. *Are early career family physicians prepared for practice in Canada? A qualitative study.* BMC Med Educ. 2023;23:370. doi:10.1186/s12909-023-04250-z.
36. Hansen SE, Mathieu SS, Biery N, Dostal J. *The emergence of family medicine identity among first-year residents: a qualitative study.* Fam Med. 2019;51(5):412-419. doi:10.22454/FamMed.2019.450912.

En Madrid, a 13 de julio de 2026.

Fdo.: José María Molero García

DNI: [REDACTED]

Secretario general de SIME (Sindicato de Médicos y Facultativos de Madrid).

Federado en CSIT UNIÓN PROFESIONAL

En representación de los Médicos de Familia de Atención Primaria