



# CONTRATO PROGRAMA DE DIRECCIÓN ASISTENCIAL 2025

## GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

## Condiciones generales

La Ley 11/2017, de 22 de diciembre, **de buen gobierno y profesionalización de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud** establece los instrumentos de buen gobierno mediante la dotación *“al sistema sanitario madrileño de un marco estructural y organizativo moderno, ágil y eficaz, con el fin de lograr mayor eficiencia y calidad, más participación y control, y más transparencia y rendición de cuentas en la gestión sanitaria, teniendo presente el enfoque del paciente como eje del sistema”*.

La Ley refuerza la participación profesional para garantizar el *“rigor científico-profesional en la toma de decisiones, favorecer la implicación de los profesionales sanitarios con sus centros, hacer el proceso de toma de decisiones más transparente y participativo, y mejorar su calidad”*, y promueve que *“para el mejor cumplimiento de sus fines, las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud actuarán bajo el principio de autonomía de gestión, dentro de un marco general común, establecido por el Servicio Madrileño de Salud, que tiene como instrumentos de referencia el Contrato Programa y el presupuesto”*.

Mediante el Decreto 38/2023, de 23 de junio, de la Presidenta de la Comunidad de Madrid, se establece el número y denominación de las Consejerías de la Comunidad de Madrid y se atribuye a la Consejería de Sanidad las competencias que ostenta hasta la fecha, y mediante el Decreto 76/2023, de 5 de julio, del Consejo de Gobierno, se establece la estructura orgánica básica de las Consejerías de la Comunidad de Madrid.

El Decreto 245/2023, de 4 de octubre, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica de **la Consejería de Sanidad**, sobre las competencias del Consejero de Sanidad, estipula que *“al titular de la Consejería de Sanidad le corresponde la propuesta, el desarrollo, la coordinación y el control de la ejecución de las políticas del gobierno de la Comunidad de Madrid en las siguientes materias: planificación, gestión y asistencia sanitaria, atención farmacéutica, infraestructuras y equipamientos sanitarios, aseguramiento sanitario, docencia y formación sanitaria, investigación e innovación sanitaria, humanización sanitaria, coordinación socio-sanitaria, ... , sin perjuicio de las competencias atribuidas a otros órganos de la Comunidad de Madrid”*.

Asimismo, le corresponden las atribuciones que se recogen en el artículo 41 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, las establecidas en la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, y las que le otorguen las demás disposiciones en vigor.

El titular de la **Viceconsejería de Sanidad** es, después del titular de la Consejería, la superior autoridad en las materias propias de su competencia, correspondiéndole el ejercicio de las funciones previstas en el artículo 44 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid y, en particular, *“impulsar la consecución de los objetivos y la ejecución de los proyectos de su ámbito que le encargue el Consejero, controlar su cumplimiento, supervisar la actividad de los órganos directivos adscritos e impartir instrucciones a sus titulares”*.

Corresponde a la Dirección General del **Servicio Madrileño de Salud**, las funciones que a dicho organismo atribuyen los artículos 61 y 81 de Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, consignados en el artículo 5 del Decreto 14/2005, de 27 de enero, del Consejo de Gobierno, de régimen jurídico y funcionamiento del Servicio Madrileño de Salud, que incluye:

- ✓ *La distribución de los recursos económicos afectos a la financiación de los servicios y prestaciones que establece el Sistema Nacional de Salud, mediante instrumentos de compra de actividad asistencial a la Red Sanitaria Única de Utilización Pública.*
- ✓ *El gobierno, dirección, control y gestión de los recursos, centros y servicios asistenciales adscritos al Servicio Madrileño de Salud, a través de una unidad funcional u orgánica diferenciada, a la cual se le aplicarán las mismas herramientas que se utilicen para el desarrollo del punto anterior.*
- ✓ *El establecimiento, gestión y actualización de los acuerdos, convenios y conciertos con entidades no administradas por la Comunidad de Madrid en el ámbito de sus competencias para el cumplimiento de sus funciones.*
- ✓ *La propuesta de creación de cualesquiera entidades admitidas en derecho o su participación en las mismas.*
- ✓ *La gestión y ejecución de las actuaciones y programas institucionales en materia de promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria y rehabilitación, de acuerdo con el Plan de Servicios y el Programa de Asignación por Objetivos Sanitarios del Servicio Madrileño de Salud.*
- ✓ *La gestión de los servicios y prestaciones de asistencia sanitaria en sus centros y servicios asistenciales.*
- ✓ *La gestión de los recursos materiales y financieros que le sean asignados para el desarrollo de sus funciones.*
- ✓ *La gestión de los acuerdos, convenios y conciertos suscritos para la prestación de los servicios.*

En el caso de la gestión de los centros y organizaciones sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, la Ley 11/2017, de 22 de diciembre, de Buen Gobierno y Profesionalización de la Gestión de

los Centros y Organizaciones Sanitarias del Servicio Madrileño de Salud, en su artículo 24 regula el contrato Programa de las organizaciones del Servicio Madrileño de Salud que, *“de acuerdo con el presupuesto, deberá permitir que la descentralización de la gestión se fundamente en una rendición de cuentas integrada que vincule financiación, recursos, actividad, calidad y resultados”*. Además, en el ámbito de cada gerencia, *“en aplicación del principio de descentralización, el Contrato Programa se desplegará internamente en acuerdos de gestión con las áreas, institutos, servicios o unidades en las que la organización sanitaria esté internamente constituida, de modo que la combinación de dichos acuerdos sea congruente y sustente el conjunto del Contrato Programa”*.

El apartado 6 de dicho artículo establece que *“el cumplimiento del Contrato Programa se hará a través de un cuadro de mando con indicadores relativos a cada una de las dimensiones y objetivos establecidos, y con la desagregación hasta el nivel de unidades. El mencionado cuadro de mandos mostrará los objetivos previstos y el avance o desviaciones producidas”* y *“el control de gestión se hará trimestralmente”*.

Con carácter general, corresponde a la **Dirección General Asistencial** el ejercicio de las funciones que el artículo 47 de la Ley 1/1983, de 13 de diciembre, de Gobierno y Administración de la Comunidad de Madrid, otorga a los directores generales de las consejerías, debiendo entenderse referidas a la Dirección General del Servicio Madrileño de Salud las referencias que este artículo realiza a los consejeros. Entre otras, **le corresponde la elaboración, seguimiento, evaluación y control de objetivos e indicadores asistenciales de las Gerencias de Atención Primaria y SUMMA 112**, así como la gestión de las medidas necesarias para su cumplimiento efectivo.

A fin de cumplir con las funciones legalmente encomendadas, ejercer su misión, cumplir con sus compromisos y valores corporativos y hacer posibles las líneas estratégicas generales, la Gerente Asistencial de Atención Primaria concreta los objetivos de las Direcciones Asistenciales en el siguiente contrato programa de Dirección Asistencial.

## Clausulado

Entre las funciones que debe ejercer la Gerencia Asistencial de Atención Primaria están la fijación de objetivos y el desarrollo de indicadores que permitan evaluar la eficacia y la eficiencia en la gestión, así como la efectividad clínica de sus actuaciones sanitarias.

El Contrato Programa de Dirección Asistencial 2025 contiene dos tipos de indicadores:

- **Un indicador asistencial:** evalúa la media de cumplimiento de los Contratos Programa de los Centros y Equipos de cada Dirección Asistencial. El Contrato Programa de Centro en Atención Primaria incluye indicadores relacionados con la accesibilidad de los usuarios, la calidad y adecuación de la atención, la satisfacción del usuario, la seguridad del paciente, la efectividad y eficiencia con la que prestan sus servicios y la formación e investigación por parte de sus profesionales en los Centros de Salud y en los ESAPD.
- **Indicadores específicos de la Dirección Asistencial.**

Para las Direcciones Asistenciales se tendrá en cuenta la evaluación de los indicadores incluidos en el Contrato Programa de la Dirección Asistencial con la siguiente ponderación:

- Indicador de media de cumplimiento de los Contratos programa--- 60 %
  - CPC
  - CP ESAPD
  - CP UAR
  - CP CCA
- Indicadores específicos de la DA ----- 40 %

### MEDIA DE CUMPLIMIENTO DE CONTRATO PROGRAMA (60 PUNTOS)

OBJETIVO	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
<p><b>Impulsar la consecución de los distintos Contratos Programa de la Dirección Asistencial</b></p>	<p><b>Media de cumplimiento del CPC, CP ESAPD a nivel de Dirección Asistencial</b>  (Media del resultado de cumplimiento del (CPC del año en curso de sus Centros de Salud, ESAPD, UAR y CCA)</p>	<p>Cálculo anual al cierre de los distintos Contratos Programa.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alcanzado 100% si:</b> resultado 100%</li> <li>- <b>Cumplimientos parciales:</b> puntuación proporcional al resultado.</li> </ul>	<p><b>60</b></p>

## INDICADORES ESPECÍFICOS DE LA DIRECCIÓN ASISTENCIAL (40 PUNTOS)

### PROCESOS ASISTENCIALES. 13 PUNTOS

OBJETIVO	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente	<b>Participación activa en la Estrategia de Seguridad del paciente. Rondas de seguridad.</b>  (N.º de rondas)	<b>Reuniones o visitas</b> (Rondas de seguridad) a unidades con temática vinculada a la seguridad del paciente, en las que participe algún miembro del equipo directivo (Gerentes, Directores, Subdirectores o similares) o responsables clínicos y responsables de seguridad, que se encuentren documentadas en un acta o similar y evaluadas al finalizar el plazo de implantación de las medidas.  <b>Meta: <math>\geq 10</math> rondas</b> de seguridad por Dirección Asistencial.  <b>Alcanzado 100%</b> si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.	2
	<b>Número de IS-EM identificados/validados por las UFGRS de la Dirección Asistencial</b>  (Nº de EM-IS identificados y nº informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM))	<b>Meta por Dirección Asistencial:</b> al menos el 80% de los IS/EM identificados con informe validado, siendo el mínimo: - N.º mínimo de IS-EM identificados: 250 - N.º mínimo de IS-EM con informe validado: 200	2
	<b>Autoevaluación y mejora de la higiene de manos</b>  (N.º actuaciones de mejora de HM desarrolladas x 100 / N.º total de actuaciones de mejora de HM previstas)	<b>Acciones propuestas para mejorar la higiene de manos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Acción 1:</b> Realización de autoevaluación con la herramienta OMS.</li> <li><b>Acción 2:</b> Disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención.</li> </ul> <b>Meta:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li><b>Acción 1:</b> Realización de la autoevaluación cada dos años (en bienio 2024-2025) en al menos el 80% de los CS de cada Dirección Asistencial, alcanzando un nivel de desarrollo intermedio (consolidación) o avanzado.</li> <li><b>Acción 2:</b> Preparados de base alcohólica en punto de atención &gt; 95%.</li> </ul> <b>Alcanzado 100%</b> si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.	1

PROCESOS ASISTENCIALES (continuación)

OBJETIVO	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Desarrollar alianzas con los Centros de Salud y Hospitales de referencia	<p><b>Reunión directiva anual con los CS de Salud</b></p> <p>(Nº de CS distintos que han sido visitados por la Dirección Asistencial con temática directiva en el año / Nº de CS de la Dirección Asistencial x100)</p>	<p>La reunión se realizará mediante <b>visita presencial a los Centros de Salud con los profesionales del equipo. La reunión tendrá una temática directiva</b> y será diferente de la Ronda de seguridad.</p> <p>Debe acudir al menos un Director/a Asistencial a la visita y se realizará al menos una visita a cada CS de la Dirección Asistencial</p> <p>- <b>Meta: 85% CS</b> - <b>Mínimo para obtener puntuación: 65% CS de la DA.</b></p> <p>Reparto proporcional de puntos entre ambos estándares.</p>	5
	<p><b>Reuniones con los Directores de Continuidad Asistencial</b></p> <p>(Nº de reuniones anuales con los Directores de Continuidad Asistencial de los Hospitales de Referencia de la Dirección Asistencial)</p>	<p>Realizar <b>3 reuniones anuales conjuntas</b> con <b>todos</b> los Directores de Continuidad Asistencial de los Hospitales de Referencia de la Dirección Asistencial.</p> <p><i>Se pueden mantener reuniones conjuntas con más de un Director de Continuidad en la misma sesión.</i></p> <p>- <b>Meta: 3 reuniones</b> con todos los Directores de Continuidad Asistencial. - <b>Mínimo para obtener puntuación: 1 Reunión</b> con todos los Directores de Continuidad Asistencial.</p> <p>Reparto proporcional de puntos entre ambos estándares.</p>	3



ORIENTACIÓN A PERSONAS. 25 PUNTOS.

OBJETIVO	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	<p><b>Acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida</b></p> <p>(N.º Acciones de mejora realizadas/ Nº acciones previstas)</p>	<p>Emprender acciones de mejora derivadas de la encuesta de satisfacción 2024 (encuesta centralizada de Consejería y encuestas propias A. Primaria).</p> <p><b>Meta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>2 acciones de mejora por Dirección Asistencial derivadas de la encuesta de satisfacción de la Consejería de Sanidad, y</li> <li>2 acciones de mejora por DA derivadas de las encuestas de satisfacción propias en formato Online (SMS).</li> </ul> <p><b>Alcanzado 100%</b> si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas</p>	3
	<p><b>Acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización</b></p> <p>(N.º Acciones de mejora y de Buenas prácticas identificadas)</p> <p>¡Cambia!</p>	<p><b>Recoger, por cada CS</b>, 3 acciones para mejorar los resultados clave de la organización (seguridad del paciente y efectividad), preferiblemente de indicadores incluidos en CPC 2025. Las acciones deben tener responsables, actuaciones y cronograma.</p> <p><b>De entre todas ellas, identificación y propuesta</b> de una buena práctica por cada Centro de Salud <b>que demuestre</b> resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados</p> <p><b>Meta:</b> 3 acciones de mejora por cada Centro de Salud + Identificación y propuesta de una buena práctica por cada Centro de Salud.</p> <p><b>Alcanzado 100%</b> si se cumplen todas las metas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.</p>	3
Despliegue de la estrategia de humanización	<p><b>Evaluación mediante modelo SER + Humano</b></p> <p>(% Centros que cumplimentan el modelo SER+HUMANO y envían la memoria)</p> <p>¡Cambia!</p>	<p>Se contemplan las siguientes acciones a desarrollar en los Centros de Salud y la Dirección Asistencial.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumplimentar el <b>modelo de evaluación SER+HUMANO</b> 2025 por parte de los CS y la DA.</li> <li>- <b>Cumplimentar las evidencias a través del formulario SER+HUMANO</b> 2025 por parte de los CS y la DA.</li> </ul> <p><b>Alcanzado 100%</b> si realizado por todos los Centros. Cumplimientos parciales de acuerdo al nº de centros que lo realizan.</p>	2
	<p><b>Participación en el desarrollo de las Rondas de Humanización</b></p> <p>(N.º de rondas de humanización)</p> <p>¡Nuevo!</p>	<p>Registro y remisión del informe de desarrollo de las Rondas de Humanización.</p> <p><b>Meta:</b> Remisión de los informes de <b>tres Rondas de Humanización</b>.</p>	2
	<p><b>Sesiones sobre recursos de la Escuela Madrileña de Salud para pacientes</b></p> <p>(Nº de sesiones sobre recursos de la Escuela Madrileña de Salud para pacientes)</p> <p>¡Nuevo!</p>	<p>La Escuela Madrileña de Salud pone a disposición de la ciudadanía recursos online educativos de alfabetización en salud, disponibles para la ciudadanía en su plataforma virtual, 24 horas al día, 365 días al año: (<a href="https://escueladesalud.comunidad.madrid/">https://escueladesalud.comunidad.madrid/</a>). Este recurso de capacitación y empoderamiento del paciente, cuidadoras y cuidadores y ciudadanía, en general, es una herramienta para reforzar la educación para la salud que realizan los profesionales en el proceso asistencial.</p> <p>El propósito de este indicador es que los profesionales <b>recomienden estos recursos</b> para la ciudadanía.</p> <p><b>Meta:</b> 1 sesión por Dirección Asistencial a sus CS</p>	1

**ORIENTACIÓN A PERSONAS (continuación)**

OBJETIVO	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar la atención y autotomía del paciente	<b>Demora para el otorgamiento de IIPP</b> (Citas asignadas con demora menor de un mes/ Citas para tramitar IIPP) x 100	Mejora de la demora del ciudadano para el otorgamiento de IIPP  <b>Meta:</b> >70% de las citas para tramitar IIPP se asignen con una demora menor de un mes	3
	<b>Porcentaje de disminución de las reclamaciones de trato personal inadecuado frente al año anterior</b> ((N.º reclamaciones por motivo trato en 2025 - N.º reclamaciones por motivo trato en 2024) x 100 / N.º reclamaciones por trato en 2024).	Es oportuno mantener este indicador, ya que subraya la importancia de una atención sanitaria humanizada, donde la empatía, la comunicación efectiva y el respeto por la individualidad del paciente son fundamentales y sensibiliza al personal sanitario sobre la importancia de brindar una atención de calidad desde una perspectiva humana y respetuosa.  <b>Meta:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reclamaciones de trato=0 o reducción de &gt;25%= cumplimiento 100%</li> <li>• Reducción entre el ≥15% - &lt;25%= cumplimiento del 75</li> <li>• Reducción entre el ≥10% - &lt;15%= cumplimiento del 50%</li> <li>• Reducción entre el ≥5% - &lt;10%= cumplimiento del 25%</li> </ul> <b>Cumplimiento según el resultado alcanzado.</b>	3
	<b>Porcentaje de reclamaciones por debajo del plazo legal establecido de 30 días hábiles</b> (Reclamaciones cerradas 2025 en menos de 30 días/Nº reclamaciones cerradas 2025) x 100	Tal y como indica el artículo 5 de la Orden 605/2003, de 21 de abril, de las Consejerías de Presidencia y Sanidad, por la que se desarrolla el Sistema de Sugerencias, Quejas y Reclamaciones de la Comunidad de Madrid en la Red Sanitaria Única de Utilización Pública, todas las reclamaciones deben ser contestadas en el plazo de 30 días hábiles desde la fecha en que fue interpuesta.  Con el presente indicador, se pretende incentivar, por un lado, la obligación de contestar y cerrar todas las reclamaciones recibidas y por otro, premiar de forma gradual, a aquellos centros que incorporan una mejora en el tiempo de respuesta, que redundará en una mejora de la calidad percibida por el ciudadano al tener la contestación a su reclamación en el menor tiempo posible.  La falta de cierre conlleva tiempo 0 en la contabilidad y con ello quedan falseados los datos.  <b>Meta.</b> Condición para la evaluación: haber cerrado el 85 % del total de los eventos registrados en CESTRACK <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 80% de reclamaciones cerradas en menos de 30 días = 0% puntos</li> <li>• ≥80% - &lt;85% de reclamaciones cerradas en menos de 30 días = 25% puntos</li> <li>• ≥85% - &lt;90% de reclamaciones cerradas en menos de 30 días = 50% puntos</li> <li>• ≥90% de reclamaciones cerradas en menos de 30 días = 100% puntos</li> </ul> <b>Cumplimiento de acuerdo al resultado obtenido.</b>	3

ORIENTACIÓN A PERSONAS (continuación)

OBJETIVO	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
<p>Despliegue de las estrategias impulsada desde la GAAP</p>	<p><b>Reuniones de Prevención de Riesgos Psicosociales con los CS</b> (Nº de reuniones conjuntas al año)</p> <p>¡Nuevo!</p>	<p>Solicitar a los CS que <b>nombren un Referente</b> de Sistema Integrado de Seguridad y la Salud en el Trabajo y Organización Saludable (SISSTOS) y que constituyan un <b>Equipo de Intervención</b> en riesgos psicosociales (Referente SISSTOS + al menos un miembro del Equipo Directivo)</p> <p><b>Mantener al menos 2 reuniones</b> conjuntas en el año con los Referente SISSTOS y los equipos de intervención de los CS. <b>En la primera reunión</b> se explicarán las funciones de los Referentes, la importancia del tema a abordar e información sobre el plan de trabajo y en <b>cada reunión se abordará un tema priorizado de prevención</b> de riesgos psicosociales y se explicarán todas las <b>medidas que el Equipo de Intervención debe implantar</b> en su CS para prevenir el riesgo seleccionado.</p> <p>La relación de temas priorizados y acciones a realizar se facilitará en forma de <b>Anexo al CP de la DA</b>.</p> <p><b>Meta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alcanzado 100% si:</b> convocadas 4 reuniones con los temas priorizados</li> <li>• <b>Cumplimientos parciales:</b> puntuación proporcional al resultado.</li> </ul> <p><b>Se requieren actas</b> de cada una de las reuniones con el tema tratado, las acciones solicitadas y la asistencia de los CS</p>	<p>2,5</p>
	<p><b>Reuniones de Prevención de Riesgos Psicosociales con otras unidades asistenciales</b> (Nº de reuniones conjuntas al año)</p> <p>¡Nuevo!</p>	<p>Solicitar a las UAR, ESAPD y CCA dependientes de la DA que <b>nombren un Referente</b> de Sistema Integrado de Seguridad y la Salud en el Trabajo y Organización Saludable (SISSTOS) para estas unidades (al menos uno para todas las UAR de la DA y uno por cada CCA y por cada ESAPD).</p> <p><b>Mantener al menos 2 reuniones</b> conjuntas en el año con los Referentes SISSTOS de estas unidades asistenciales. <b>En la primera reunión</b> se explicarán las funciones de los Referentes, la importancia del tema a abordar e información sobre el plan de trabajo y en <b>cada reunión se abordará un tema priorizado de prevención</b> de riesgos psicosociales y se explicarán todas las <b>medidas que el Equipo de Intervención debe implantar</b> en sus unidades para prevenir el riesgo seleccionado.</p> <p><b>El equipo de intervención</b> de cada unidad estará formado por el <b>responsable de la DA</b> en prevención de riesgos psicosociales de estas unidades y por el <b>referente SISSTOS</b> de cada unidad asistencial.</p> <p>La relación de temas priorizados y acciones a realizar se facilitará en forma de <b>Anexo al CP de la DA</b>.</p> <p><b>Meta:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Alcanzado 100% si:</b> convocadas 2 reuniones con los temas priorizados</li> <li>• <b>Cumplimientos parciales:</b> puntuación proporcional al resultado.</li> </ul> <p><b>Se requieren actas</b> de cada una de las reuniones con el tema tratado, las acciones solicitadas y la asistencia de los referentes SISSTOS de las unidades.</p>	<p>2,5</p>

**SOSTENIBILIDAD (2 PUNTOS).**

OBJETIVO	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
<p><b>Promover el uso eficiente de los recursos humanos y materiales</b></p>	<p><b>Capítulo I: presupuesto de cobertura de ausencias de las UAE</b></p> <p>(Gasto/Dotación presupuesto) x 100.</p>	<p>Grado de cumplimiento respecto a la dotación de presupuesto para la gestión de cobertura de ausencias de los profesionales de las Unidades de Atención Específica de la Dirección Asistencial.</p> <p>La DT RRHH facilitará a cada DA el presupuesto asignado a cada categoría profesional.</p> <p>En el Anexo I se explicita qué parte del presupuesto para UAE se descentraliza, el nº de días a cubrir y la forma de cálculo del presupuesto.</p>	<p><b>2</b></p>

**HOJA DE FIRMA DEL CONTRATO PROGRAMA  
DE DIRECCIÓN ASISTENCIAL**

La Gerente Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, D<sup>a</sup>. **M<sup>a</sup> Rosario Azcutia Gómez**, y los **Directores Asistenciales de la Dirección Asistencial**

.....  
acuerdan el presente Contrato Programa para el año 2025, que representa la contribución a la mejora que cada centro realiza al conjunto de objetivos de la organización.

En Madrid, a .....de ..... de 2025

GERENTE ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

LAS DIRECTORAS ASISTENCIALES

Fdo.: **D<sup>a</sup> M<sup>a</sup> Rosario Azcutia Gómez**

Fdo.: D/D<sup>a</sup>.....

Fdo.: D/D<sup>a</sup>.....