

 Comunidad de Madrid Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD		Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025	Página 1 de 24

CONTRATO PROGRAMA 2025 CON LA GERENCIA ASISTENCIAL DE ATENCIÓN PRIMARIA

Servicio Madrileño de Salud



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000030544828469574355**

ÍNDICE

Preámbulo	3
1. Introducción.....	3
2. Marco normativo	3
3. Marco Estratégico.....	5
Condiciones Generales.....	7
Firma	10
ANEXO I. Indicador Asistencial de la GAAP	11
ANEXO II. Objetivos del compromiso de gestión de la GAAP.....	12
1. Perspectiva sostenibilidad y gestión de recursos.....	13
2. Perspectiva orientación a las personas.....	16
3. Perspectiva mejora de procesos asistenciales.....	19
4. Perspectiva innovación, investigación y formación	21
ANEXO III. Recursos materiales y estructurales.....	23
ANEXO IV. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria.....	24



 Comunidad de Madrid Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD	Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025

PREÁMBULO

1. Introducción

En el ámbito del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), los contratos programa (CP) se erigen como instrumentos esenciales para la gestión de los centros asistenciales públicos. De la Comunidad Autónoma de Madrid. Estos acuerdos establecidos entre la Dirección General del SERMAS y las gerencias de los distintos centros, establecen un compromiso mutuo para alcanzar objetivos anuales priorizados.

El contrato programa se configura como una herramienta eficaz para la gestión de la actividad asistencial, orientando a las organizaciones sanitarias. Hacia el cumplimiento efectivo de su misión. La transparencia en la información resulta fundamental en este proceso, permitiendo a todos los profesionales de los centros conocer los objetivos priorizados para la organización, así como los indicadores que permiten evaluar su cumplimiento. Estos indicadores, a su vez, sirven para medir el desempeño de los equipos directivos y profesionales.

El Contrato Programa informa sobre la financiación disponible para cada gerencia, los profesionales y los recursos materiales con los que cuentan. Esta información se vincula con actividad asistencial y la consecución de los resultados previstos en los objetivos priorizados. El compromiso de la organización sanitaria reside en poner a disposición de cada centro los recursos necesarios para realizar la actividad encomendada, mientras que la gerencia se compromete a gestionar adecuadamente estos recursos para tener los resultados previstos.

Para evaluar el grado de cumplimiento alcanzado, los objetivos y actuaciones deben asociarse a indicadores fiables, con fuentes de información solventes. Estos indicadores deben ser robustos, relacionándose de forma clara con el objetivo planteado, evaluando acciones o procesos críticos, sencillos de interpretar y útiles como herramienta para la mejora.

2. Marco normativo

En el complejo panorama de la sanidad actual, el SERMAS se erige como un modelo de gestión sanitaria de vanguardia, caracterizado por su compromiso con la excelencia, la innovación y la



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **100003054828469574355**

 Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD	Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025

búsqueda incesante de la mejora continua. Su trayectoria, jalonada por logros y reconocimientos, lo ha convertido en un referente a nivel nacional e internacional.

Las funciones del SERMAS abarcan un amplio espectro, desde la atención sanitaria integral hasta la gestión de Recursos Humanos y económicos. Entre sus responsabilidades más destacadas se encuentran:

1. **Atención sanitaria integral:** El SERMAS garantiza una atención médica completa a la población madrileña, desde la atención primaria hasta especializada, abarcando todas las etapas de las necesidades de salud, las necesidades de salud de los ciudadanos.
2. **Calidad y seguridad sanitaria:** La calidad y la seguridad de los servicios sanitarios son prioridades absolutas para el SERMAS. Implementa rigurosas medidas de control y seguimiento para garantizar la excelencia en atención prestada, protegiendo la salud y el bienestar de los pacientes.
3. **Gestión de recursos económicos:** El SERMAS administra de manera eficiente y transparente los recursos financieros destinados al sistema sanitario público. Implementa estrategias y optimización y control de gasto, asegurando el uso responsable de los fondos públicos y la sostenibilidad del sistema.
4. **Gestión de recursos humanos:** el SERMAS reconoce el capital humano como un elemento clave para el buen funcionamiento del sistema sanitario. Vela por el bienestar laboral de los profesionales, fomenta su desarrollo profesional continuo y apuesta por la atracción y retención de talento.
5. **Gestión de centros y servicios sanitarios:** El SERMAS administra una amplia red de centros, servicios y establecimientos sanitarios distribuidos por toda la Comunidad de Madrid. Garantiza el buen funcionamiento de estas instalaciones, optimizando su uso y asegurando la calidad de los servicios prestados en ellas.
6. **Promoción y protección de la salud:** el SERMAS va más allá de la atención sanitaria asistencial y se compromete activamente con la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. Implementa programas y campañas de sensibilización, fomentando hábitos de vida saludables y reduciendo la carga de enfermedad entre la población.
7. **Investigación y formación:** el SERMAS impulsa la investigación biomédica y sanitaria, promoviendo la colaboración de profesionales de diferentes áreas y apoyando



 Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD	Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025

proyectos que buscan soluciones innovadoras a los desafíos de la salud. Asimismo, dedica un esfuerzo a la formación continua de sus profesionales, asegurando que se mantenga actualizados en las últimas técnicas y conocimientos médicos.

8. **Salud pública:** el SERMAS juega un papel fundamental en la vigilancia epidemiológica, la promoción de la salud y la prevención de enfermedades.

3. Marco Estratégico

El servicio Madrileño de Salud, consciente de la necesidad de adaptarse a un entorno sanitario en constante evolución y de responder a las demandas crecientes de la población, ha establecido un ambicioso Marco Estratégico que define las líneas de acción que guiarán a la organización en los próximos años.

Aprobado en 2020 y ratificado en 2021, este Marco Estratégico se articula en torno a cuatro perspectivas clave que abarcan la totalidad de las funciones y responsabilidades del SERMAS:

1. **Perspectiva de sostenibilidad y gestión de recursos:** en un entorno sanitario marcado por la escasez de recursos y la necesidad de optimizar su uso, el SERMAS, se compromete a abordar los nuevos retos que representan la atención sanitaria, avanzando en un modelo seguro, eficaz y eficiente que sea reconocido como marca de excelencia. Para ello, se fomentará la colaboración entre instituciones, se potenciará la promoción y la prevención de la salud, y se buscarán fórmulas innovadoras de financiación, incluyendo la colaboración público-privada y la compra pública innovadora.
2. **Perspectiva de orientación a las personas:** el centro de la estrategia del SERMAS reside en las personas, tanto en los pacientes que reciben atención sanitaria como en los profesionales que la proporcionan. Para ello, se brindará una atención sanitaria basada en valores humanos, potenciando la cultura del servicio, la accesibilidad y la equidad. Además, se reforzará el modelo de atención al ciudadano, orientándolo a sus necesidades y expectativas.
3. **Perspectiva de mejora de procesos:** la búsqueda de la excelencia en la atención sanitaria pasa por la mejora continua de los procesos internos del SERMAS, para ello, se avanzará en la definición y normalización de procesos, evaluándolos constantemente y



 Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD	Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025

aplicando medidas de mejora continua. La cogobernaba se erige como herramienta fundamental para la toma de decisiones eficiente y corresponsable, integrando la coordinación sociosanitaria en los procesos asistenciales y contando con la visión del ciudadano en la gestión del SERMAS. Los procesos asistenciales serán rediseñados para que sean accesibles, integrados y orientados a generar valor, potenciando la continuidad asistencial, el seguimiento natural del paciente y el uso de recursos en red. Además, se prestará especial atención a los profesionales, rediseñando los procesos de atención y crecimiento para fomentar su desarrollo y compromiso.

4. **Perspectiva de innovación, investigación y formación:** la innovación, la investigación y la formación son pilares fundamentales para el progreso del SERMAS. En este sentido, se desarrollará la marca SERMAS, se elaborará un sistema de información transparente y orientado a la toma de decisiones y se impulsará la generación de valor para las personas de la organización. La capacidad de innovar, la docencia, la formación y la investigación serán potenciadas al servicio de los pacientes y la sociedad, asegurando que el SERMAS se mantenga a La Vanguardia del conocimiento sanitario.

Para facilitar su comprensión en el contrato programa, las perspectivas del Marco Estratégico se han agrupado de la siguiente manera:

- 1- Sostenibilidad y gestión de los recursos.
- 2- Orientación a las personas.
- 3- Mejora de procesos.
- 4- Innovación, investigación y formación.



 Comunidad de Madrid Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD		Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025	Página 7 de 24

CONDICIONES GENERALES

Los objetivos asistenciales priorizados en atención primaria son los orientados conforme al Marco Estratégico definido, que son: alcanzar la máxima eficacia, eficiencia, seguridad y accesibilidad, facilitando la libre elección de los ciudadanos; así como validar e implantar nuevos recursos, procedimientos técnicas y otros medios sanitarios mediante una organización integrada en red, facilitando una ágil coordinación asistencial y con la máxima participación de los profesionales mediante el impulso de acuerdos clínicos.

A fin de dar cumplimiento a las funciones que legalmente tiene atribuidas el Servicio Madrileño de Salud y, por otra parte, como resultado del cumplimiento del propósito, misión, visión y valores y de la dedicación al servicio público de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, se establecen los siguientes compromisos de gestión:

1. La Gerencia Asistencial de Atención Primaria (GAAP en adelante) se compromete al cumplimiento de los **objetivos asistenciales y de salud** que, acordes a las características de su ámbito asistencial y analizados previa y conjuntamente con los órganos directivos del Servicio Madrileño de Salud son los que se detallan en el [Anexo I](#) y [Anexo II](#)

Estos objetivos servirán para el seguimiento y la determinación del grado de cumplimiento de los compromisos adquiridos a través de este contrato programa y a su vez, de la evaluación del equipo directivo de la GAAP.

2. La Gerencia dispondrá de una **cartera de servicios**, indicativa de la actividad a desarrollar, de acuerdo con el detalle que aparece en el [Anexo IV](#) y que será ofrecida a todos los ciudadanos que constituyen su **población asignada**, determinada conforme a los siguientes parámetros:

- Población asignada a diciembre de 2024: **7.060.990** habitantes.
- Distribución por grupos de edad:
 - Tramo 0 - 2 años: **134.338**
 - Tramo 3 - 6 años: **216.871**
 - Tramo 7 - 13años: **490.722**
 - Tramo 14 – 64 años: **4.932.933**
 - Tramo >=65 años: **1.286.126**





Asimismo, se compromete a prestar asistencia sanitaria a todos aquellos asegurados del SERMAS que así lo soliciten en el marco de la *Ley 6/2009, de 16 de noviembre, de Libertad de Elección en la Sanidad de la Comunidad de Madrid*.

3. Por parte del SERMAS se pondrán a disposición de la GAAP los **recursos financieros necesarios** para hacer frente a las actividades asistenciales que constituyen la cartera de servicios del Centro.

4. El Contrato Programa de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria 2025 contiene **dos tipos de indicadores**:

- a. **Un indicador asistencial**: evalúa la **media de cumplimiento de los Contratos Programa de los Centros y Unidades Asistenciales de la Comunidad de Madrid**. Los contratos programa en Atención Primaria incluyen 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. [Anexo I](#)
- b. **Indicadores específicos del compromiso de gestión**, relativos a la gestión de recursos humanos, recursos económicos, de la gestión de la calidad, seguridad del paciente, humanización, formación e investigación y de salud pública. [Anexo II](#)

Para la GAAP, se tendrá en cuenta la **evaluación de los indicadores** incluidos en el Contrato Programa con la siguiente ponderación:

- | | |
|---|------|
| • Media de cumplimiento de los Contratos Programa de AP ----- | 50 % |
| • Indicadores del compromiso de gestión ----- | 50 % |



 Comunidad de Madrid Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD		Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025	Página 9 de 24

5. Con objeto de llevar a cabo la evaluación del cumplimiento de los objetivos marcados, la GAAP establecerá un **acuerdo de gestión con cada Dirección Asistencial (CP de Dirección Asistencial) y con cada Director de Centro de Salud (CP de Centro de Salud).**

A su vez, se establecerá con cada profesional una serie de **objetivos individuales.**

Los contratos programa que se despliegan en la GAAP están disponibles en Saluda en:

<https://saludanv.salud.madrid.org/primaria/ContratoPrograma/Paginas/inicio.aspx>

6. Se establece el compromiso mutuo de ambas partes de facilitar los medios posibles para hacer efectiva la evaluación del resultado de consecución de los objetivos que se incluyen en el presente contrato, así como de los objetivos incluidos en los acuerdos de gestión de las unidades y los individuales que se establezcan.

En virtud de lo señalado, el presente contrato programa consta de un contrato, con un clausulado que recoge los compromisos establecidos y los diversos ANEXOS relativos a:

ANEXO I

- Indicador asistencial de la GAAP

ANEXO II

- Objetivos del compromiso de gestión de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria

ANEXO III

- Recursos materiales y estructurales disponibles

ANEXO IV

- Cartera de servicios estandarizados de Atención Primaria



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000030544828469574355**

 Comunidad de Madrid Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD	Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025 Página 10 de 24

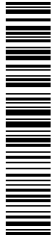
FIRMA

Y para que conste el compromiso de cumplimiento del presente contrato, se firma en Madrid.

La Viceconsejera de Sanidad y Directora General del Servicio Madrileño de Salud Dª Laura Gutiérrez Barreno	La Gerente Asistencial de Atención Primaria Dª María Rosario Azcutia Gómez
--	--

ANEXO I. INDICADOR ASISTENCIAL DE LA GAAP. 100 puntos

INDICADOR ASISTENCIAL DE LA GAAP.			
OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DATO CIERRE
Consolidar el cumplimiento del Contrato Programa por parte de los Centros y Unidades de AP de la Comunidad de Madrid	Media de cumplimiento de Contrato Programa de Centro y ESAPD de la Comunidad de Madrid	Historia Clínica APMadrid Ficheros de la SGFyPS Cestrack Sispal Ficheros de la Unidad de Investigación Formularios propios INVESMAP FORMAP Fichero de la GAGySG	- Los Contratos Programa de los Centros y Unidades de Atención Primaria incluyen 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. - Meta: 100% cumplimiento - Evaluación: Cumplimientos parciales de forma proporcional al resultado obtenido.





ANEXO II. Objetivos del compromiso de gestión de la Gerencia Asistencial de AP. 100 puntos.

1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS.	35 Puntos
1.1. Cumplir la asignación presupuestaria del Capítulo I.	12 puntos
1.1.1. Capítulo I	12
1.2. Mejora de la gestión de recursos humanos.	6 puntos
1.2.1. Remisión de informes a RRHH	2
1.2.2. Revisión de datos de servicios prestados	1
1.2.3. Remisión de datos al REPS	1
1.2.4. Convocatorias en la web de la Comunidad de Madrid	1
1.2.5. Informes remitidos en plazo para informes judiciales	1
1.3. Cumplir la asignación presupuestaria económico-financiera	17 puntos
1.3.1. Capítulo II	8
1.3.2. Facturación	5
1.3.3. Contratos menores sobre el total de contratos	2
1.3.4. Gasto de la contratación menor respecto al total del gasto	2
2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS.	25 puntos
2.1. Mejorar los resultados clave en calidad asistencial.	7 puntos
2.1.1. Calidad percibida	4
2.1.2. Resultados clave	3
2.2. Mejorar la atención y la autonomía del paciente.	6 puntos
2.2.1. Bioética asistencial y derecho sanitario	2
2.2.2. Reclamaciones de trato	2
2.2.3. Contestación de reclamaciones <30 días	2
2.3. Consolidar la estrategia de humanización de la asistencia sanitaria.	6 puntos
2.3.1. Recursos de la Escuela Madrileña de Salud	3
2.3.2. Despliegue de la Estrategia humanización	3
2.4. Proteger a los profesionales sanitarios y pacientes.	6 puntos
2.4.1. Vacunación de la gripe en profesionales sanitarios	3
2.4.2. Vacunación de neumococo en adultos	3
3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS.	25 puntos
3.1. Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente.	15 puntos
3.1.1. Despliegue de la seguridad del paciente	6
3.1.2. Prácticas seguras	4
3.1.3. Atención al dolor	5
3.2. Consolidar la gestión de la calidad.	10 puntos
3.2.1. Impulsar la gestión de la calidad	10
4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN.	15 puntos
4.1. Impulsar y potenciar actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la consejería de sanidad.	3 puntos
4.1.1. Ejecución del presupuesto de formación	3
4.2. Impulsar la tutorización de estudiantes de Grado y residentes de Formación Sanitaria Especializada	3 puntos
4.2.1. Porcentaje de profesionales que realizan funciones de tutor clínico de grado	1,5
4.2.2. Porcentaje de profesionales que realizan tutoría de residentes (MIR/EIR)	1,5
4.3. Potenciar la participación en la transmisión de conocimiento.	3 puntos
4.3.1. Publicaciones	3
4.4. Potenciar la participación en proyectos de investigación.	6 puntos
4.4.1. Proyectos de investigación	3
4.4.2. N.º de investigadores	3



1. PERSPECTIVA SOSTENIBILIDAD Y GESTIÓN DE RECURSOS. 35 puntos

DG RECURSOS HUMANOS			
OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
1.1 Cumplir la asignación presupuestaria del Capítulo I	1.1.1 Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el Capítulo I	Registros disponibles en la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales	- Fórmula: Gasto computable en Cap. I, a efectos del CP 2025/ objetivo presupuestario de gasto en Cap. I asignado en CP 2025. Numerador: Gasto computable en Cap. I, a efectos del Contrato Programa 2025 Denominador: Objetivo presupuestario de gasto en Capítulo I asigndo en el Contrato Programa de 2025. - Comentarios: A las obligaciones reconocidas hay que descontar entre otros conceptos: asignación para liquidación de la productividad variable por objetivos, acciones iniciadas en el ejercicio que cuenten con la autorización correspondiente, etc... - Meta: Resultado igual o inferior a 1 (100 %). - Evaluación: La evaluación será realizada por la Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales asignando una puntuación del 100 % del objetivo a los resultados con un cumplimiento igual o inferior al 100 %. Se aplicará una escala decreciente conforme el indicador arroje valores superiores al 100 %. Para calcular el límite del resultado con el que se alcance una evaluación positiva se utilizará la media de cumplimiento de este objetivo por el conjunto de los centros.
	1.2 Mejora de la gestión de RRHH		
	1.2.1 Remisión de los distintos informes a RRHH, en tiempo y forma, debidamente cumplimentados	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Base de datos de contrataciones y ficha FOR	- Fórmula: Número de informes, debidamente cumplimentados, remitidos en plazo / 12 meses. - Requiere las siguientes acciones: ACCION 1: Cumplimentar correctamente las fichas FGRM y remitir la información antes del día 28 de cada mes. ACCION 2: Cumplimentar correctamente las fichas FRET y remitir la información antes del día 7 de cada mes. ACCION 3: Cumplimentar correctamente las fichas FOR y remitir la información antes del día 10 de cada mes. ACCION 4: Cumplimentar correctamente las fichas de EFECTIVOS y remitir la información antes del día 10 de cada mes. - Comentarios: Se valorará la calidad de la información remitida. Así mismo, se tendrá en consideración para la evaluación, la solicitud en tiempo y de forma expresa, de la demora en la entrega por parte del centro por circunstancias excepcionales. - Meta: 100% - Evaluación: Para cada una de las acciones será: - Envío de los 12 informes mensuales debidamente cumplimentados en plazo. - Valoración regresiva en función del número de informes debidamente cumplimentados en tiempo y forma en el año.
	1.2.2 Revisión de datos de servicios prestados de los profesionales	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales	- Fórmula: % de profesionales con SSPP revisados y publicados en la Base de Datos de SSPP respecto al Total de profesionales del centro. Numerador: Nº de profesionales con SSPP revisados y publicados en la BD de SSPP Denominador: Total de profesionales del centro. - Comentarios: La Base de Datos de SSPP es el repositorio que recoge la experiencia profesional de todo el SERMAS. Se calcula partiendo de los datos recogidos en los Sistemas de Gestión de RRHH y se modifica incorporando paulatinamente los movimientos del personal. Cada centro revisa y corrige, a través de la aplicación Peoplenet, la información calculada y cuando todo es correcto marca al profesional como "publicado". Cuando tras una modificación de contrato o de situación la información de SSPP cambia, el centro debe revisar los cambios y volver a publicar al profesional. Se trata de mantener la Base de datos revisada. - Meta: Mayor o igual al 90% - Evaluación: Se verificará la situación al final de cada trimestre de manera que: • Se mantenga el % mayor o igual al 90%, en 2 trimestres o más --> 1 punto. • Otra situación --> 0 puntos.





OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
1.2 Mejora de la gestión de RRHH (continuación)	1.2.3 Remisión de datos al REPS (Registro Estatal de Profesionales Sanitarios)	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales	- Fórmula: % de profesionales registrados en REPS respecto al Total de profesionales sanitarios del centro. Numerador: Nº de profesionales registrados en REPS. Denominador: Total de profesionales del centro. - Comentarios: Una vez todos los profesionales sanitarios de centros Peoplenet o eMind, quede correctamente remitida al REPS, es necesario mantener la información actualizada para que las nuevas incorporaciones se vayan registrando también. Para ello es necesario registrar en Peoplenet la titulación de los profesionales sanitarios que se van incorporando y asegurarse de que la información se remite correctamente al REPS y el profesional queda registrado. - Meta: Mayor o igual al 95%. - Evaluación: Se verificará la situación al final de cada trimestre de manera que: • Se mantenga el % mayor o igual al 95%, durante todo el año --> 1 punto. • Otra situación --> 0 puntos.
	1.2.4 Porcentaje de convocatorias en la web Comunidad.Madrid	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales. Unidad de Bolsa	- Fórmula: % de convocatorias publicitadas entre las convocadas Numerador: Convocatorias publicadas * 100. Denominador: Total de convocatorias efectuadas. - Comentarios: El objetivo es conseguir que los centros publiquen en la web para dar mayor información y visibilidad a las ofertas de trabajo al personal facultativo, notificándolo a la Dirección General. - Meta: 100%. - Evaluación: 100%: 1 punto. 75% a 100%: 0,7 puntos. 50% a 75%: 0,5 puntos. 50% a 0: 0 puntos.
	1.2.5 Porcentaje de informes remitidos en plazo para la formación de expedientes judiciales a remitir a juzgados y tribunales	Dirección General de Recursos Humanos y Relaciones Laborales	- Fórmula: Número de informes remitidos en plazo/Número de informes requeridos Numerador: Número de informes remitidos en plazo. Denominador: Número de informes requeridos por el Área de Recursos y Actuaciones Jurídicas de la S.G. de Relaciones Laborales. - Comentarios: Los Juzgados y Tribunales requieren la remisión del correspondiente expediente judicial con una antelación mínima de 15 días hábiles anteriores a la vista. Para la formación del expediente judicial se requiere a los centros la remisión de un informe a demanda con antelación suficiente para el cumplimiento de dicho plazo. - Meta: Igual a 1. - Evaluación: - Igual 1: 1 punto. - Valoración decreciente desde 1,1 a 1,5. - Valores superiores a 1,5: 0 puntos.



DG GESTIÓN ECONÓMICO FINANCIERA (gestión de recursos y uso sostenible de medicamentos)			
OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
1.3 Cumplir la asignación presupuestaria de Capítulo II	1.3.1 Cumplimiento del objetivo de gasto fijado para el capítulo II	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia	- Fórmula: Desviación típica de la media del objetivo de gasto del capítulo II. Numerador: Gasto realizado en Capítulo II a efectos del Contrato Programa 2025. Denominador: Objetivo presupuestario de gasto de capítulo II asignado en Contrato Programa 2025. - Observaciones: El dato de gasto del ejercicio se ajustará para cada centro de acuerdo con los conceptos incluidos en el objetivo y considerando aquellos gastos de carácter extraordinario, imprevisibles y sobrevenidos que se pudieran producir a lo largo del ejercicio 2025 y previa aprobación de la Dirección General Asistencial. - Meta: 1 - Evaluación: 1 o menos= cumplimiento 100%. Valoración regresiva desde más de 1 hasta 1,02y. Por encima de 1,02 el cumplimiento es 0.
	1.3.2 Cumplimiento del objetivo de facturación prevista para el centro	Seguimiento presupuestario. Dirección General Económico-Financiera y Farmacia	- Fórmula: Numerador: Facturación a terceros realizada en 2025. Denominador: Facturación a terceros esperada para 2025. - Meta: 1 - Evaluación: Valoración regresiva desde más de 1 hasta 0,8. Por debajo de 0,8 cumplimiento=0
	1.3.3 Porcentaje del número de contratos menores sobre el total de contratos	La propia GAAP y registro de contratos	- Fórmula: Numerador: Número de contratos/Total contratos. Denominador: Número de contratos totales. - Comentarios: Evaluación semestral. - Meta: <25%. - Evaluación: Tendencia descendente.
	1.3.4 Porcentaje del gasto de la contratación menor respecto al total del gasto de expedientes de contratación	La propia GAAP y registro de contratos	- Fórmula: Numerador: Gasto total contratos menores/Gasto total contratos. Denominador: Gasto de la contratación menor. - Comentarios: Evaluación a final de ejercicio. - Meta: <15%. - Evaluación: Tendencia descendente.



2. PERSPECTIVA ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS. 25 puntos.

DG HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE (calidad percibida, calidad y humanización)			
OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
2.1 Mejorar los resultados clave en calidad asistencial	2.1.1 Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la calidad percibida	Acción 1. Encuesta de satisfacción de los usuarios del Servicio Madrileño de Salud 2025 Acción 2 y 3. Autodeclarado y Validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (SGCASP).	- Fórmula: Numerador: N.º de acciones desarrolladas de calidad percibida x 100. Denominador: N.º total de acciones de calidad percibida propuestas (3). - Acciones propuestas: Acción 1: Satisfacción global (ISG) con la atención recibida en 2025 (% Pacientes satisfechos y muy satisfechos). Acción 2: Acciones de mejora derivadas de la encuesta 2024 (encuesta centralizada Consejería y encuestas propias A. Primaria). Acción 3: Líneas de actuación de la Comisión de Calidad Percibida y Humanización. Las líneas prioritarias son: - Desarrollo de al menos 1 técnica cualitativa por DA (observación participante, grupos focales...) para identificar las necesidades de los pacientes. - Realizar una reunión con los profesionales implicados en la dimensión de la encuesta de satisfacción seleccionada por la Gerencia, para analizar la situación e identificar áreas de mejora - Promover la participación de los pacientes en la Comisión de Calidad Percibida y humanización. - Meta: Acción 1: ≥87% Acción 2: 2 acciones de mejora por Dirección Asistencial derivadas de la encuesta de satisfacción de la Consejería de Sanidad y 2 acciones de mejora por DA derivadas de las encuestas de satisfacción propias en formato Online. Acción 3: 4 líneas de actuación, incluidas las prioritarias. - Evaluación: Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas. Acción 1: alcanzado 100% si ISG ≥87%; 90% si ISG 85-86%; 80% si ISG 80-84%; 70% si ISG 75-79%; 60% si ISG 60-74%; 0% si ISG<60%
	2.1.2 Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización	Acción1: Observatorio de Resultados (o en su defecto eSOAP-cierre CPC 2024) Acción 2: Autodeclarado y validado por la SGCASP.	- Fórmula: Numerador: N.º de acciones desarrolladas para mejorar los resultados clave de la organización x 100. Denominador: N.º total de acciones propuestas (2). - Acciones Propuestas: Acción 1: Revisar en una reunión del equipo directivo los resultados 2024. Además, si en efectividad y seguridad del paciente los resultados del centro no alcanzan el estándar, se revisarán conjuntamente con los profesionales implicados para establecer acciones de mejora (con responsables, actuaciones y cronograma). Acción 2: Identificación y propuesta de una buena práctica que demuestre resultados de mejora o de mantenimiento de buenos resultados. - Meta: Acción 1: Informe de revisión con las acciones de mejora en indicadores que no alcancen el estándar. Acción 2: Identificación y propuesta de una buena práctica. - Evaluación: Cumplimiento: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.



OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
2.2 Mejorar la atención y la autonomía del paciente	2.2.1 Porcentaje de acciones desarrolladas de bioética asistencial y Derecho Sanitario	Autodeclarado por el centro y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente	- Fórmula: Acción 1+ Acción 2. - Acciones propuestas: <u>Acción 1:</u> Disminuir la demora para asignar la cita para el otorgamiento de IIPP. <u>Acción 2:</u> Elaboración y remisión de Memoria Anual de Actividad del CEAS . - Meta: • Acción 1: Conseguir que el 70% de las citas para tramitar IIPP se asignen con una demora menor de un mes. • Acción 2: Elaboración y remisión de Memoria anual de Actividad del CEAS. - Evaluación: 100% (Acción 1: 50% + Acción 2: 50%)
	2.2.2 Reducción de las reclamaciones de trato	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK	- Fórmula: Porcentaje de disminución de las reclamaciones de trato personal inadecuado frente al año anterior Numerador: N.º reclamaciones por motivo trato en 2025 - N.º reclamaciones en 2024, por el mismo motivo * 100 Denominador N.º reclamaciones de trato de 2024. - Comentarios: El número de reclamaciones varía en función de los actos asistenciales realizados. Para evitar esta relación se utiliza un valor comparativo más homogéneo en el tiempo. 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. - Meta: • Reclamaciones de trato= 0 o reducción de ≥ 25% cumplimiento del 100% • Reducción de ≥15 a < 25%= 75% • Reducción de ≥10 a <15%= cumplimiento del 50% • Reducción de ≥5 a <10%= cumplimiento del 25% - Evaluación: Cumplimiento de acuerdo al resultado obtenido.
	2.2.3 Reducción del tiempo de contestación de reclamaciones por debajo del legal establecido en 30 días naturales	Subdirección General de Humanización, Bioética e Información y Atención al Paciente: aplicativo CESTRACK	- Fórmula: Numerador: Número de reclamaciones cerradas 2025 en menos de 30 días x 100. Denominador: Número de reclamaciones cerradas 2025. - Comentarios: 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, el plazo de contestación de las reclamaciones es 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 todas las reclamaciones recibidas y por otro, de forma gradual a aquellos centros que incorporan una mejora en el tiempo de respuesta, que redunda 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. - Meta. Condición para la evaluación: haber cerrado el 85% del total de los eventos registrados en CESTRACK. • Porcentaje de reclamaciones cerradas en menos de 30 días ≥90% = 100% • Porcentaje de reclamaciones cerradas en menos de 30 días ≥85 y <90% = 50% • Porcentaje de reclamaciones cerradas en menos de 30 días ≥80 y <85% = 25% - Evaluación: Cumplimiento de acuerdo al resultado obtenido.

OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
2.3 Consolidar la estrategia de humanización de la asistencia sanitaria	2.3.1 Sesiones sobre recursos de la Escuela Madrileña de Salud para pacientes	Auto declarado	- Fórmula: Realización de sesiones organizadas por los diferentes centros sanitarios, AP y en el SUMMA para dar a conocer los recursos de la Escuela Madrileña de Salud para pacientes. Numerador: nº de sesiones realizadas con profesionales sobre recursos de la Escuela Madrileña de salud para pacientes. - Comentarios: 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: (https://escueladesalud.comunidad.madrid/). 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. El propósito de este indicador es que los profesionales recomienden estos recursos para la ciudadanía. - Meta: 1 por Dirección Asistencial. - Evaluación: Actas de las reuniones.
	2.3.2 Porcentaje de acciones cumplimentadas para fomentar la cultura de humanización en los centros	Autodeclarado por el centro y validado por la Subdirección General de Humanización de la Asistencia, Bioética e Información y Atención al Paciente	- Fórmula: Acción 1+Acción 2+Acción 3. - Acciones propuestas a desarrollar: Acción 1: Cumplimentación del modelo de autoevaluación SER+HUMANO 2025. Acción 2: Registro y emisión de evidencias a través del formulario SER+HUMANO. Acción 3: Registro y remisión del informe de desarrollo de las Rondas de Humanización. Meta: • Actividad 1: Cumplimentación del formulario SER+Humano 2025 • Actividad 2: Cumplimentación de las columnas "Evidencias en el centro" del formulario SER+Humano 2025. • Actividad 3: Remisión de los informes de tres rondas de humanización - Evaluación: 100% (Actividad 1: 30% + Actividad 2: 30% + Actividad 3: 40%).

DG SALUD PÚBLICA			
OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
2.4 Proteger a los profesionales sanitarios y pacientes	2.4.1 Cobertura vacunal: programa vacunación gripe en personal sanitario	Listados de profesionales en activo durante el periodo de campaña de vacunación frente a la gripe que facilita la Gerencia de AP. Registro de vacunas SISPAL	- Fórmula: N.º profesionales vacunados X100/ N.º trabajadores sanitarios en activo durante el periodo de campaña de vacunación frente a la gripe. - Comentarios: Para el numerador se contabilizarán todas las personas que estando incluidas en el denominador consten como vacunadas en el registro de vacunas, independientemente de en dónde se le ha administrado. En el denominador se contabilizarán el personal sanitario y sociosanitario que desempeñen su trabajo en los centros y servicios del Servicio Madrileño de Salud, independientemente de su vinculación laboral. Se incluye el personal de gestión y servicios. El indicador se realizará sobre el total del personal diana, aunque en el registro para seguimiento del objetivo se recogerá la categoría profesional. Se analiza por centro, categoría profesional y gerencia. - Meta: Tendencia ascendente.
	2.4.2 Cobertura vacunal: programa de vacunación neumococo en adultos	Registro de vacunas SISPAL	- Fórmula: Nº de personas de 60 o más años con al menos una dosis de vacuna frente a neumococo x 100/Nº de personas de 60 o más años de edad - Meta: Tendencia ascendente..



3. PERSPECTIVA MEJORA DE PROCESOS ASISTENCIALES. 25 puntos.

DG HUMANIZACIÓN Y ATENCIÓN AL PACIENTE (seguridad del paciente y gestión de la calidad)			
OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
3.1 Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente	3.1.1 Porcentaje de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente	Acción 1 y 2 y 4: Autodeclarado. Validado por la Subdirección General de Calidad Asistencial y Seguridad del Paciente (SGCASP). Acción 3: CISEMadríd	- Fórmula: Numerador: N.º de acciones desarrolladas para el despliegue de la seguridad del paciente x 100. Denominador: N.º total de acciones propuestas (4). - Acciones propuestas: Acción 1: Rondas de seguridad. Reuniones o visitas 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. Acción 2: Objetivos prioritarios. 1. -Desarrollo de al menos 4 líneas de actuación del Comité de adecuación de la práctica clínica (al menos implementar una recomendación de “No Hacer”, extraída de una fuente contrastada). 2. -Elaborar un informe con el análisis, las acciones realizadas y la evaluación de un área seleccionada del Mapa de Riesgo realizado por la gerencia 3. - Facilitar el acceso a los cursos básicos de formación on line de seguridad del paciente e higiene de manos a los profesionales de nueva incorporación (incluidos residentes) y promover su realización para todos los profesionales pertenecientes a las Unidades Funcionales de Gestión de Riesgos Sanitarios Acción 3: Implantación de CISEMadríd (emisión de informes validados tras análisis de incidentes de seguridad (IS) y errores de medicación (EM)). Acción 4: Realizar autoevaluación de acuerdo con el Marco de centros excelentes en seguridad del paciente - Meta: • Acción 1: 10 rondas por Dirección Asistencial (DAS). • Acción 2: 5 objetivos incluyendo los prioritarios. • Acción 3: Meta por Dirección Asistencial: al menos el 80% de los IS/EM identificados con informa validado, siendo: - N.º mínimo de IS-EM identificados: 250. - N.º mínimo de IS-EM con informe validado: 200 • Acción 4: Realizada autoevaluación. - Evaluación: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
	3.1.2 Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar prácticas seguras	Autodeclarado. Validado por la SGCASP.	- Fórmula: Numerador: N.º de acciones para impulsar prácticas desarrolladas x 100. Denominador N.º total de acciones propuestas (2). - Acciones propuestas: - Acción 1: Realización de autoevaluación con la herramienta OMS. - Acción 2: Disponibilidad de preparados de base alcohólica en el punto de atención. - Meta: Acción 1: Realización de la autoevaluación cada 2 años en al menos el 80% de los CS de cada Dirección Asistencial, alcanzando al menos un nivel de desarrollo intermedio o avanzado. Acción 2: PBA en punto de atención > 95%. - Evaluación: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.



OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
3.1 Avanzar en la mejora de la seguridad del paciente (continuación)	3.1.3 Porcentaje de acciones desarrolladas para mejorar la atención al dolor	Autodeclarado. Validado por la SGCASP.	- Fórmula: Numerador: N.º de acciones desarrolladas para la mejora de atención al dolor x 100. Denominador: N.º total de acciones propuestas (2). - Acciones propuestas: Acción 1: Pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos y pacientes con protocolo de dolor crónico no oncológico activo que tienen recogida en la historia clínica la medición del dolor mediante escalas de valoración. Acción 2: Desarrollo al menos 5 líneas de actuación en la Comisión de Atención al Dolor de la GAAP, siendo prioritarias: 1. Promover la participación de los pacientes y/o asociaciones de pacientes en grupos de trabajo en el abordaje del dolor y/o Comisión de Atención al Dolor. 2. Facilitar el acceso a los cursos básicos de formación on line de atención al dolor a los profesionales 3. Aumentar al menos un 20% el nº de centros de salud acreditados en autoformación al dolor en el bienio 2024-2025, siendo el mínimo 20 CS. 4. Participación los referentes del dolor de la DAS en las reuniones de los Comités de atención al Dolor hospitalarios. - Meta: • Acción 1: >= 90%. • Acción 2: 100% si 5 actuaciones realizadas, incluyendo las prioritarias. - Evaluación: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.
3.2 Consolidar la gestión de la calidad	3.2.1 Porcentaje de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad	Autodeclarado. Validado por la SGCASP.	- Fórmula: Numerador: N.º de acciones desarrolladas para impulsar la gestión de la calidad x 100 Denominador: N.º total de acciones propuestas (3). - Acciones propuestas: Acción 1: Desarrollar al menos 2 planes de acción de las acciones de mejora identificadas en 2024 respecto a la autoevaluación con el modelo EFQM y planificar nuevo ciclo de autoevaluación. Acción 2: Acciones Prioritarias en Gestión Ambiental. 1. Avance en la Implantación/ Certificación UNE EN ISO 14001:2015 de Sistema de Gestión ambiental (SGA). 2. Medición de huella de carbono en, al menos, un 10% de centros de salud, abordando los alcances 1, 2 y 3: 3. Realizar una acción de mejora en descarbonización en relación con la medición de la huella de carbono en dichos alcances. 4. Llevar a cabo al menos 1 buena práctica en el ámbito asistencial relacionada con la prescripción de inhaladores que disminuyan la huella de carbono. Acción 3: Realizar autoevaluación mediante la cumplimentación del cuestionario de Responsabilidad Social (RS) y desarrollar 2 planes de mejora derivados del análisis de los resultados del cuestionario 2024. - Meta: • Acción 1: Desarrollar al menos 2 planes de acción de las acciones de mejora identificadas en 2024. respecto a la autoevaluación con el modelo EFQM (50%) y planificar un nuevo ciclo de autoevaluación (50%). • Acción 2: Informe de avances en la Implantación/ certificación con SGA. (60%) Medición de huella de carbono en un 10% de centros de salud (20%), una acción de mejora en descarbonización (10%) y buena práctica asistencial (10%). • Acción 3: Cumplimentar cuestionario RS (50%) y desarrollar al menos 2 planes de mejora derivados del análisis de los resultados del cuestionario 2024 (50%). - Evaluación: 100% si todas las acciones cumplidas. Cumplimientos parciales de acuerdo a las acciones desarrolladas.

4. PERSPECTIVA INNOVACIÓN, INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN. 15 puntos.

DG INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y DOCUMENTACIÓN			
OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
4.1 Impulsar la realización de actividades de formación dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad	4.1.1 Porcentaje de ejecución del presupuesto total destinado a las actividades de formación continuada incluidas en el Plan de Formación Continuada 2025, gestionado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación, de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria.	Datos de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, que se recogerán de forma centralizada desde la DG de Investigación, Docencia e Innovación, a través de la aplicación FOCO	- Fórmula: Presupuesto ejecutado correspondiente a las actividades formativas realizadas dentro del Plan de Formación Continuada 2025 aprobado para la Gerencia Asistencial de Atención Primaria/ Presupuesto total aprobado para el desarrollo de las actividades planificadas dentro del Plan de Formación Continuada 2025 aprobado para la Gerencia Asistencial de Atención Primaria. - Comentarios: La referencia sería siempre sobre las actividades de formación continuada dirigidas a los profesionales de la Consejería de Sanidad planificadas y financiadas con cargo al Plan de Formación Continuada anual, gestionado por la DG de Investigación, Docencia e Innovación. - Meta: ≥ 95%. - Evaluación: ANUAL (puede realizarse un corte a los 6 meses).
	Porcentaje de profesionales de centros de salud concertados/convenidos para docencia de Grado en enseñanzas de Ciencias de la Salud que realizan funciones de tutor clínico de Grado	Datos de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria	- Fórmula: Número de profesionales del centro de salud que han realizado funciones de tutoría/ Total de profesionales de los centros de salud - Comentarios: Se comprobará que han desarrollado las funciones de tutoría efectiva - Meta: 38 % Evaluación: ANUAL (por curso académico).
4.2 Impulsar la tutorización de estudiantes de Grado y residentes de Formación Sanitaria Especializada	Porcentaje de profesionales de centros de salud acreditados para la docencia de Formación Sanitaria Especializada que realizan funciones de tutoría de residentes de Atención Familiar y Comunitaria (MIR/EIR)	Datos de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria	- Fórmula: Número de profesionales con nombramiento como tutor de residentes que han realizado funciones de tutoría/Total de profesionales de los centros de salud - Comentarios: Se comprobará que además del nombramiento han desarrollado efectivamente las funciones de tutoría - Meta: MIR 15 %. EIR 3 % Evaluación: ANUAL
4.3 Potenciar la participación en la transmisión del conocimiento	Número de publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/o PubMed en las que participan profesionales del centro por cada 100 Profesionales Sanitarios con formación Universitaria (PSFU)	DG de Investigación, Docencia e Innovación Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid	- Fórmula: $(N.º \text{ absoluto de publicaciones con autores del centro en 2024} * 100 / N.º \text{ de PSFU en 2024}) - (N.º \text{ absoluto de publicaciones con autores del centro en 2023} * 100 / N.º \text{ de PSFU en 2023}) / (N.º \text{ absoluto de publicaciones con autores del centro en 2023} * 100 / N.º \text{ de PSFU en 2023})$. - Comentarios: Publicaciones recogidas en Scopus, Web of Science y/o PubMed: Número de artículos publicados, en el año evaluado, en revistas científicas recogidas en las bases de datos Scopus, web of Science y/o PubMed, y en los que al menos un autor tenga filiación con el centro o esté adscrito al Instituto de Investigación Sanitario. En las publicaciones se consideran únicamente artículos originales y revisiones. No se incluyen editoriales, publicaciones en prensa, cartas al editor, libros ni capítulos de libros. El indicador se corresponde con el denominado "Publicaciones recogidas en Scopus, WoS, PubMed" del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud SERMAS. - Meta: Tendencia estable o ascendente. Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15 %. - Evaluación: - El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. - Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación. - Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación. - Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación. Con un valor declarado en 2024 de 0 publicaciones se asignará un 25% en puntuación.





OBJETIVO	INDICADOR	FUENTE	DESCRIPCIÓN, META y EVALUACIÓN
4.4 Potenciar la participación en proyectos de investigación	4.4.1 Número de proyectos de investigación activos por cada 1.000 profesionales sanitarios con formación universitaria (PSFU)	DG de Investigación, Docencia e Innovación. Datos facilitados por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid	- Fórmula: $(N.º \text{ absoluto de proyectos activos durante 2025} * 1000 / N.º \text{ de PSFU en 2025}) - (N.º \text{ absoluto de proyectos activos en 2024} * 1000 / N.º \text{ de PSFU en 2024}) / (N.º \text{ absoluto de proyectos activos en 2024} * 1000 / N.º \text{ de PSFU en 2024})$. - Comentarios: Proyecto activo: Proyecto de investigación obtenido en convocatoria de concurrencia competitiva, pública o privada, que está en activo en algún momento del año evaluado, y gestionado por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, total o parcialmente. No se incluyen los ensayos clínicos, salvo en el caso de tratarse de ensayos clínicos independientes obtenidos en régimen de concurrencia competitiva en el año evaluado. El indicador se corresponde con el denominado “Proyectos activos” dentro del epígrafe “Proyectos de Investigación” del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). - Meta: Tendencia estable o ascendente. Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15%. - Evaluación: - El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. - Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación. - Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación. - Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación. Con un valor declarado en 2025 de 0 publicaciones se asignará un 25% en puntuación.
	4.4.2 Número de investigadores en proyectos de investigación activos	DG de Investigación, Docencia e Investigación. Facilitado por las Fundaciones de Investigación Biomédica y los centros sanitarios integrados en el Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid	- Fórmula: $(N.º \text{ absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2025} - N.º \text{ absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2024}) / N.º \text{ absoluto de investigadores con participación en proyectos en 2024}$. - Comentarios: Investigadores con participación en proyectos: Profesionales con vinculación funcional, laboral o estatutaria a algún centro del Sistema Sanitario Público de la Comunidad de Madrid que participan: - como Investigador Principal (IP) o co-Investigador Principal (co-IP) en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado y gestionados a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica, o bien - como colaboradores en proyectos de investigación de concurrencia competitiva, de financiación pública o privada, activos en el año evaluado, gestionados bien a través de la correspondiente Fundación de Investigación Biomédica (FIB) o de forma externa a la misma. Podrán ser reconocidos formalmente por la FIB o institución que gestione la investigación del centro, en el caso de no contar con un Instituto de Investigación Sanitaria. El indicador se corresponde con el denominado “Investigadores con participación en proyectos” del Observatorio de Resultados del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS). - Meta: Tendencia estable o ascendente. Se considera alcanzada la meta si existe decremento inferior al 15% - Evaluación: - El 100% de la puntuación asignada al indicador corresponderá a todos los centros que hayan alcanzado la meta. - Con decremento entre 16 y 25 % se asignará el 75 % de la puntuación - Con decremento entre 25 y 50 % se asignará el 50 % de la puntuación - Con decremento superior al 50 % se asignará el 25 % de la puntuación Con un valor declarado en 2025 de 0 publicaciones se asignará un 25% en puntuación.



ANEXO III. Recursos materiales y estructurales (Diciembre 2024)

RECURSOS MATERIALES Y ESTRUCTURALES ASISTENCIALES	
Descripción Estructura / Equipamiento	Número
Número de Centros de Salud	264
Número de Consultorios Locales	165
Número de PAC (Puntos de Atención Continuada)	78
Otros: Casa de Socorro de Alcalá de Henares y CUE de El Molar	2
Centro de Atención Telefónica (CAT)	1
Pal24	1
Número de Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria	11
Número de Unidades de Atención a Residencias	23
Número de Unidades de Fisioterapia	109
Número de Unidades de Salud Bucodental	87
Número de Unidades de Psicoprofilaxis Obstétrica	168
Número de Unidades de Trabajo Social	145



 Comunidad de Madrid Servicio Madrileño de Salud CONSEJERÍA DE SANIDAD		Contrato Programa GAAP 2025
Versión: 1ª	Fecha: 11 de abril de 2025	Página 24 de 24

ANEXO IV. Cartera de Servicios Estandarizados de Atención Primaria

Disponible y actualizada en Saluda en:

<https://saludanv.salud.madrid.org/primaria/CarteraServicios/Paginas/inicio.aspx>



La autenticidad de este documento se puede comprobar en
<https://gestion.comunidad.madrid/csv>
mediante el siguiente código seguro de verificación: **1000030544828469574355**