

 Gerencia Asistencial de Atención Primaria		Contrato Programa de Centro 2025
Versión: 5	Fecha: 27 mayo 2025	Página 1 de 18

CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO 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, el SERMAS dispone un conjunto de recursos, servicios y actividades y los centros de salud se comprometen a que se concreten según las obligaciones recogidas en el siguiente contrato programa de centro.

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 de los centros de salud, así como la efectividad clínica de sus actuaciones sanitarias.

Un contrato programa es la herramienta que vincula las prestaciones, los recursos disponibles y su gestión y organización con la consecución de determinados objetivos y resultados estratégicos para la organización, en el ámbito de la mejora continua. Implica transparencia, pues hace explícitos obligaciones y objetivos, y supone un compromiso.

El contrato programa no es una representación de la actividad de los centros, sino que ha de tender a buscar la efectividad y la eficiencia de nuestras actuaciones. Para ello es necesaria la participación e implicación de todos: cada centro de salud aporta y suma al resultado final de la Comunidad de Madrid.

El planteamiento de los objetivos e indicadores que componen el contrato programa se hace a través de las **4 perspectivas de Kaplan y Norton**, que incluyen las dimensiones que expresan la calidad de la prestación del servicio que se ofrece, permitiéndonos continuar con la evolución del enfoque basado en la coordinación y continuidad asistencial. El acuerdo implícito continúa siendo la mejora continua, consustancial con el conjunto de la atención sanitaria, valorándose al cierre los resultados alcanzados.

Se establece como población de referencia la contemplada en la base de datos de Tarjeta sanitaria individual (TSI) a fecha 31 de diciembre de 2024.

La plantilla a tener en cuenta incluye a los profesionales que trabajan para atender a la población del centro de salud y de los consultorios locales dependientes de éste. Los profesionales de las **Unidades de Atención Específica contribuirán al cumplimiento del Contrato Programa de todos los Centros de Salud de los que son referentes, excepto** en los indicadores de **formación e investigación**, en los que su contribución solo afectará al CS en el que figuren en el inventario de recursos. A efectos del CPC **no se considerará plantilla del centro los psicólogos, los profesionales de los Centros de Continuidad Asistencial, del ESAPD ni de las UAR.**

Este contrato programa va ligado a un sistema de ponderación con participación de todos los indicadores.

PROCESOS ASISTENCIALES (45,4 PUNTOS): Incluye las dimensiones de la calidad: adecuación, seguridad, efectividad, continuidad asistencial y coordinación sociosanitaria.

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar los resultados alcanzados en indicadores de efectividad clínica	9.72.34	Pacientes hipertensos con control de cifras de tensión arterial ajustados por edad. (Nº de pacientes mayores de 14 años con historia clínica activa y criterios diagnósticos de hipertensión arterial, cuya última cifra de TA $\leq$ 140/90 mm Hg si su edad es <80 años, o cifra de TA $\leq$ 150/90 si su edad es ≥ 80 años/ Nº de pacientes mayores de 14 años con historia clínica activa y diagnóstico de hipertensión arterial) x 100.	Historia clínica activa: al menos un apunte en la historia clínica en el último año. Diagnóstico de hipertensión arterial: hipertensión arterial no complicada (K86) e hipertensión arterial complicada (K87).	2
	9.72.36	Pacientes con cardiopatía isquémica y/o ICTUS y cifras de tensión arterial controladas. (Nº de pacientes entre 14 y 80 años con historia clínica activa en AP Madrid y con diagnóstico de cardiopatía isquémica y/o ICTUS, cuya última cifra de TA $\leq$ 140/90 en el último año/ Nº de pacientes entre 14 y 80 años con historia clínica activa y diagnóstico de cardiopatía isquémica y/o ICTUS) x 100.	Historia clínica activa: al menos un apunte en la historia clínica en el último año CIAP Cardiopatía isquémica: K74 Isquemia cardiaca con angina (con exclusión literal "Angina inestable"); K75 infarto agudo de miocardio; K76 Isquemia cardiaca sin angina. CIAP ICTUS: K89 Isquemia cerebral transitoria, K90 ACV/ICTUS/apoplejía; K91 enfermedad cerebrovascular	2
	5.08.18	Mujeres puérperas que realizan lactancia materna (Nº de mujeres de 15 a 49 años que en el puerperio tienen registro afirmativo de LM/ Nº de mujeres atendidas en el puerperio) x 100.	Consultar ficha en eSOAP	1,5
	9.70.51	Porcentaje de procesos en los que se disminuye la intensidad del dolor al alta (Procesos de pacientes atendidos en la unidad de fisioterapia en los que se ha hecho evaluación del dolor con disminución de 1 punto en la escala NRS/ Número total de procesos con escala de dolor evaluada) x 100.	Consultar ficha en eSOAP	1,5

PROCESOS ASISTENCIALES (continuación)

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar la cobertura y atención de servicios priorizados	5.03.43	Índice sintético de Cartera de Servicios estandarizados.	Representa el % de cumplimiento global de la CSE y se calcula en base a los resultados de los 222 indicadores, de cobertura y criterios de buena atención (CBA) que incluyen los 40 servicios (Sº) de la CSE. La puntuación final de cada servicio oscila entre 0 y 5 y se obtiene en base a la posición que ocupan los resultados de sus indicadores respecto a los valores prefijados de los estándares: mínimo (2 puntos), aceptable (3 p.) y óptimo (5 p.). Cálculo del IS: se suma la puntuación obtenida en los 40 servicios, se divide por el máximo posible alcanzable [40 Sº en el estándar óptimo (40 x 5 puntos)] y se multiplica por 100.	10
	5.03.21 ¡Para todos los CS!	Servicio de CSE 404 (indicadores de cobertura + CBA).	Los servicios seleccionados han sido priorizados para todos los CS, ya que dan respuesta a Planes y Líneas Estratégicas actuales de la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, promueven la atención a personas con problemas de salud de elevada prevalencia y su resultado está mayoritariamente por debajo del E. mínimo (< 2 puntos): ✓ Sº 404. Detección de RCV y otros problemas de salud prevalentes en el adulto. ✓ Sº 420. Atención a persona mayor, con fragilidad o deterioro funcional.	2
	5.03.34 ¡Para todos los CS!	Servicio de CSE 420 (indicadores de cobertura + CBA).		2
	5.08.27	Mujeres embarazadas con revisión en la USB	Ver ficha del indicador en eSOAP	1,5
	5.08.66	Plan de actuación social sanitario anual en paciente con trastorno neurocognitivo mayor y NIA o riesgo sociofamiliar (Escala Gijón ≥10) (CBA 5 del servicio 419 de CSE: Atención al paciente con trastorno neurocognitivo mayor)	Consultar Documento de “Cartera de Servicios Estandarizados AP. Actualización 2021”	1,5

PROCESOS ASISTENCIALES (continuación)

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Mejorar la atención integral de las personas con enfermedad crónica compleja y/o deterioro funcional grave o total	5.05.30	% personas con NIA asignado o deterioro funcional grave o total (Barthel ≤60) con seguimiento proactivo mensual. (N.º de pacientes con asignación de nivel de intervención alto y/o Barthel ≤60 con seguimiento proactivo mensual en los tres últimos meses/ N.º de pacientes con nivel de intervención alto y/o Barthel ≤ 60) x 100.	Se considera seguimiento proactivo tanto el seguimiento telefónico como la visita en consulta, la videoconsulta o la visita domiciliaria realizada por un profesional sanitario, acompañada del correspondiente registro clínico en la historia. Ver ficha del indicador en eSOAP Barthel ≤ 60 o NIA desde, al menos, los últimos 2 años	3
Mejorar la seguridad de los pacientes en programa Prevecolon	5.75.28	SOH positiva en Prevecolon sin registro de la colonoscopia de cribado (sin petición de colonoscopia ni registro de exclusiones). (N.º de personas con SOH positiva en Programa Prevecolon sin colonoscopia de exclusivo Prevecolon con o sin anestesta y sin registro de seguimiento (sin petición de colonoscopia ni registro de exclusiones) / N.º de personas con SOH positiva en Prevecolon en los últimos 24 meses) x 100.	Ciudadano con SOH positiva en Prevecolon sin colonoscopia de exclusivo Prevecolon con o sin anestesta y sin registro de seguimiento (sin petición de colonoscopia ni registro de exclusiones). Ver ficha en eSOAP.	1,5
Continuidad asistencial al alta hospitalaria de los pacientes con IC o EPOC	5.60.51 ¡Cambia!	Altas de hospitalización de pacientes con diagnóstico principal de IC o EPOC que tienen seguimiento al alta y visita presencial. (nº de altas de hospitalización de pacientes con diagnóstico principal de IC o EPOC con informe de alta de hospitalización o informe de cuidados enfermeros disponible en HORUS con registro en el protocolo de seguimiento telefónico al alta en las primeras 72 horas y una visita presencial entre 5º-15º día tras el alta (en el CS o en el domicilio) / nº de altas de hospitalización con diagnóstico principal de IC o EPOC con informe de alta de hospitalización disponible en HORUS en las primeras 24 horas) x 100	Se requiere un seguimiento tras el alta antes de las 72 horas del que quede constancia mediante el registro de, al menos, dos DGPS distintos en el Protocolo de <i>seguimiento telefónico al alta y una visita presencial en el CS o en el domicilio entre el 5º-15º día tras el alta. En el denominador se incluyen los pacientes dados de alta con destino a domicilio o al ámbito sociosanitario. No será necesaria la visita en aquellos pacientes que hayan sido valorados presencialmente por parte del especialista hospitalario entre 5º-15º día (datos aportados por Continuidad Asistencial).</i>	3

PROCESOS ASISTENCIALES (continuación)

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Promover el desarrollo de las actividades de los PROA ambulatorio en los Centros de Salud	6.16.01	Actividades PROA ambulatorio (Nº de actividades realizadas por el centro de salud).	Los programas PROA han estado incluidos en la estrategia del Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) desde el inicio. Con el objetivo de unificar criterios, homogeneizar indicadores y poder trabajar bajo los mismos estándares, en febrero de 2023 se han presentado las Normas para certificación de equipos PROA comunitarios y hospitalarios, elaboradas desde el PRAN en colaboración con diversas sociedades científicas. Las actividades a realizar son: • Designación de un referente de antibióticos en el centro de salud. • Una sesión de seguimiento indicadores de prescripción de antibióticos (mención especial a pautas crónicas de antibióticos) • Dos sesiones de casos clínicos de patología infecciosa Formulario disponible en Formularios CPC 2025. Valoración y validación por la Dirección Asistencial al cierre.	2
Fomentar la adecuación y seguridad de los tratamientos	5.05.13	Porcentaje de pacientes ≥74 años con medicamentos potencialmente inapropiados (MPI) (Promedio mensual de pacientes ≥74 años con recetas facturadas de los principios activos considerados entre los MPI/Promedio mensual del nº pacientes ≥74 años con envases facturados de medicamentos con cualquier principio activo) x 100	Evitar en lo posible la prescripción de medicamentos incluidos en el listado de medicamentos potencialmente inapropiados por su relación beneficio / riesgo menos favorable en la población mayor. Se ha actualizado el listado de MPI en 2024. Ver manual de indicadores de Farmacia.	1,2
	6.13.03	Porcentaje de pacientes en tratamiento crónico con benzodiazepinas (BZD) o fármacos Z (Pacientes distintos que han consumido 180 unidades o más de algún CN de los subgrupos ATC N05CF, N05BA o N05CD en los últimos 6 meses. I/ Pacientes distintos con alguna receta facturada en los últimos 6 meses) x 100	Para calcular las unidades se multiplican los envases de cada CN por su contenido. Este indicador siempre aporta el dato correspondiente a los últimos 6 meses, es decir, no es un dato acumulado desde enero. Limitación: no se puede tener en cuenta los criterios de exclusión de la estrategia de reducción del consumo de BZD crónicas. Ver manual de indicadores de Farmacia.	1,2
	6.13.09 ¡Nuevo!	Reducción del número de pacientes con más de 10 prescripciones activas y algún problema relacionado con los medicamentos (PRM) (Número de pacientes con más de 10 prescripciones activas y PRMs en el mes en curso (se tienen en cuenta los pacientes nuevos que puedan aparecer cada mes))	El número de potenciales problemas relacionados con los medicamentos se incrementa con el número de medicamentos prescritos para un paciente, además de incrementarse la dificultad para el paciente de ser adherente al plan farmacoterapéutico prescrito. El plan para la optimización de los tratamientos que se inició en el año 2024 ha llevado asociada la puesta en marcha de sistemas de ayuda a la prescripción, la aplicación RevisTra para las revisiones de tratamiento y una mayor presencialidad de los FAP en los CS. Para el cálculo se tienen en cuenta prescripciones activas, sean medicamentos, efectos o accesorios, nutriciones, etc Ver manual de indicadores de farmacia.	5,5

PROCESOS ASISTENCIALES (continuación)

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Fomentar la adecuación y seguridad de los tratamientos (continuación)	9.06.50 ¡Nuevo!	% Pacientes con dolor crónico no oncológico (DCNO) con dosis equivalente de morfina (DEM) prescrita >100 mg (Pacientes con DCNO y recetas facturadas de opioides potentes con DEM >100mg/ Pacientes con DCNO y recetas facturadas de opioides potentes) x 100 No se contabilizan los opioides potentes en formulaciones de liberación rápida.	La evidencia que sustenta el uso de los opioides en pacientes con DCNO es limitada, no habiendo sido establecida la eficacia y seguridad de los opioides a largo plazo (> 1 año). Los datos muestran un beneficio clínico incierto; en general, se observa un efecto en cuanto alivio del dolor y mejoría de la funcionalidad pequeño. Aunque puede haber un papel para la terapia con opioides a dosis bajas a medio plazo en pacientes cuidadosamente seleccionados, las guías de práctica clínica recomiendan precaución al prescribir opioides para el DCNO. Las dosis superiores a 100 mg de morfina o equivalente (DEM) se asocian a un riesgo de muerte por sobredosis 9 veces superior que en los pacientes que toman una dosis de 20 mg. Muchas guías consideran que la dosis óptima debería rondar los 50 mg/día de morfina o DEM y no superar los 90 mg. Esta dosis será menor en pacientes de mayor riesgo de adicción. Por otra parte, el uso continuo a largo plazo, el desarrollo de tolerancia, dependencia y otras neuroadaptaciones comprometen tanto la eficacia como la seguridad. Se excluyen del numerador y denominador los opioides de liberación rápida. Ver manual de indicadores de Farmacia.	2
	5.05.15 ¡Nuevo!	Actividades del Plan de manejo de Dietoterápicos (Nº de actividades realizadas por el centro de salud) - Designación de un referente de dietoterápicos en el centro de salud que asistirá a la sesión formativa de Atención nutricional en personas mayores realizada por la SGFyPS - Sesión de reversión en el CS de la formación (referente + FAP) - Seguimiento y revisión del tratamiento con SNO en personas de 74 o más años	El proceso del envejecimiento conlleva unos cambios que suponen un riesgo para la aparición de desnutrición y discapacidad. Una nutrición inadecuada favorece la progresión de múltiples patologías, aumenta la tasa de infecciones, la estancia hospitalaria y el riesgo de mortalidad. Las intervenciones nutricionales deben estar orientadas a incrementar la ingesta oral de alimentos de consumo ordinario mediante la mejora de los hábitos dietéticos que incluyan recomendaciones del patrón de dieta mediterránea y, si fuera necesario, medidas de adaptación de la dieta. En ocasiones, por ingesta incompleta es necesario incorporar de manera temporal otras medidas de soporte nutricional preferiblemente por vía oral como son los suplementos nutricionales (SNO). Los SNO son un complemento a la dieta normal enriquecida, NO un sustituto de ésta y de manera general, no se recomienda su uso crónico. Los SNO en personas mayores desnutridas o en riesgo deberán proporcionar al menos 400 kcal/día y 30 g/ día de proteínas. Se debe reevaluar de manera periódica, habitualmente cada 3 meses, la idoneidad de la continuidad del SNO. <i>Formulario disponible en Formularios CPC 2025. Valoración y validación por la Dirección Asistencial al cierre.</i> Ver manual de indicadores de Farmacia.	2

ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS (32 PUNTOS): Incluye las dimensiones de la calidad: humanización, accesibilidad, equidad, personalización de la atención, autocuidado, participación ciudadana y satisfacción.

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Desarrollar e implantar las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y de la GAAP	5.09.14 ¡Cambia acción 4!	Acciones desarrolladas para el despliegue en los centros de la Estrategia de Salud Comunitaria (nº de acciones desarrolladas)	Para el despliegue de la Estrategia de Salud Comunitaria (ESC) de la Comunidad de Madrid, se contempla la realización de las siguientes acciones en el eje 4 de Centros de Salud con enfoque comunitario: Acción1 (5.09.20): Planificar las actividades de Salud Comunitaria en el planificador disponible en los centros de salud con información visible a la ciudadanía. Se aportará documento para su cumplimentación en Formularios CPC 2025 Valoración y validación por la Dirección Asistencial al cierre. Acción 2 (5.09.21): Planificación, ejecución (acción) y evaluación de una actividad grupal sincrónica (taller de educación para la salud grupal) del siguiente proyecto marco, disponible en la Biblioteca de la Comunidad de Madrid (Aplicación EpSalud): “Ejercicio físico para la prevención de fragilidad y caídas en personas mayores”. Acción 3 (5.09.22): Planificación, ejecución (acción) y evaluación de dos actividades grupales sincrónicas (talleres de educación para la salud grupal) correspondientes a proyectos priorizados disponibles en la Biblioteca EPS de la Comunidad de Madrid, con fecha de inclusión a partir de 2017 inclusive, a excepción del Proyecto B-34 “Sexualidad y Prevención de ITS”, que ha sido revisado en 2024 quedando incluido dentro de los proyectos seleccionables para este indicador (Aplicación EpSalud). Los Proyectos no seleccionables, aparecerán en la Biblioteca EPS de la Comunidad de Madrid de la aplicación de EpSalud con el siguiente mensaje” No puede utilizar este Proyecto como Plantilla porque no está vigente”. Acción 4 (5.09.24): Planificación, ejecución (acción) y evaluación de tres actividades comunitarias: puntuales y/o reorientación de servicios. - Las Intervenciones Comunitarias puntuales (ICP) están disponibles en la Biblioteca de Intervenciones Comunitarias de la Comunidad de Madrid (Aplicación EpSalud). - Las intervenciones comunitarias de Reorientación de Servicios que dan cumplimiento a este indicador, son las incluidas con la tipología: - Consejo de Salud, Consejo Local de Atención a la Infancia y Adolescencia, Comisión de Apoyo a la Familia, Comisión Población Excluida, Comisión Sociosanitaria; Grupo, comisión, mesa de participación ciudadano impulsora, Mesa de Salud, Mesa de Salud Escolar, Mesa de Mayor en Riesgo, Mesa del Menor y Familia, Mesa de Violencia de Género, Programa “Sumando con la Comunidad”. Las acciones 2, 3 y 4 deben registrarse en la aplicación EpSalud.	5 Acc.1: 0,5 Acc.2: 1 Acc.3: 2 (1+1) Acc.4: 1,5 (0,5+0,5)
	2.08.60 ¡Nuevo!	Accesibilidad de los pacientes al CS (% de encuestados con puntuación 4 o 5)	La encuesta de “Experiencia del paciente o familiar/cuidador atendido presencialmente en el centro de salud por el médico de familia o enfermera” realizada mediante SMS que se realiza mensualmente en todos los CS incluye la siguiente pregunta: “Valore el tiempo de espera desde la petición de cita hasta el día de la consulta (de médico de familia y enfermera)”. La puntuación otorgada oscila de 1 a 5, siendo 5 la mejor puntuación. En cada corte trimestral se calculará el porcentaje de encuestados que puntúan 4 o 5 en la pregunta en que se valora el tiempo de espera desde la petición de cita hasta el día de la consulta en el CS (médico de familia y enfermera).	5

ORIENTACIÓN A LAS PERSONAS (continuación)

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Desarrollar e implantar las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y de la GAAP (continuación)	5.02.20 ¡Nuevo!	Implantación del Plan de Comunicación Intracentro (Nº Acciones realizadas)	Nombrar un referente de Comunicación Interna. Actualizar el Reglamento de Régimen Interno, incluyendo las recomendaciones del manual de comunicación intracentro. Hacer una sesión de difusión con las novedades del plan a cargo del responsable de Comunicación interna. <i>Formulario disponible en Formularios CPC 2025. Enviar a la Dirección Asistencial antes del 30 de Noviembre.</i>	5
Desarrollar e implantar las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad y de la GAAP (continuación)	5.02.21 ¡Nuevo!	Implantación de medidas del Plan Prevención de Riesgos Psicosociales con los CS (Nº de acciones realizadas)	Nombrar un Referente Sistema Integrado de Seguridad y la Salud en el Trabajo y Organización Saludable (SISSTOS) y constituir un Equipo de Intervención en riesgos psicosociales (Referente SISSTOS + al menos un miembro del Equipo Directivo). Asistir a las 2 reuniones de Prevención de Riesgos Psicosociales convocadas por la Dirección Asistencial en las que se abordará un tema de prevención de riesgos y se explicarán las medidas que el Equipo de Intervención debe implantar en su CS. Implantar las medidas de cada uno de los temas tratados en el CS. Mantener al menos 2 reuniones de centro para difundir la información relacionada con estas acciones. <i>Formulario disponible en Formularios CPC 2025. Enviar a la Dirección Asistencial antes del 30 de Noviembre.</i>	7
	5.08.98	Planes de Actuación en procesos de Gestión de la Demanda de Enfermería (nº procesos distintos de Gestión de la Demanda de Enfermería con Plan de Actuación y asociados a Episodios relacionados con la Gestión de la demanda de enfermería* /nº episodios relacionados con la Gestión de la demanda de enfermería*) x 100	* Se considerarán los episodios creados en el último año y abiertos por cualquier profesional. Los criterios de cumplimiento y las metas de este indicador se podrán consultar en el Anexo II Objetivos y criterios de valoración del cumplimiento CPC 2025 (Estarán disponibles en Anexos al CPC 2025).	5
	5.02.22 ¡Cambia!	Implantación del proyecto de Gestión de la Demanda en las Unidades de Atención al Usuario (GD UAU) [(Promedio semanal de tickets Quenda categorizados en NPA; NOAP; GDE, GDUAE y GDFAP/ nº profesionales sanitarios del centro)]	El numerador será un dato acumulado a partir de la fecha de puesta en funcionamiento de Quenda en todos los CS. Se tendrán en cuenta todos los tickets Quenda desde ese momento hasta final de año. Para hacer el promedio se dividirá entre el número de semanas desde la puesta en funcionamiento.	5

INNOVACIÓN Y MEJORA ORGANIZATIVA (10 PUNTOS): Incluye las dimensiones: investigación, innovación, participación de los profesionales, generación de valor, transparencia y evaluación.

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Promover el desarrollo y la participación en proyectos de investigación	7.06.02	Profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores en proyectos de investigación sin financiación externa. (N.º de profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores en proyectos de investigación sin financiación externa / N.º total de profesionales sanitarios del centro) x 100	Proyectos no financiados: proyectos que no cuentan con ningún tipo de financiación específica para su desarrollo. Proyectos financiados: proyectos que cuentan con financiación obtenida a través de convocatorias competitivas de ayuda a la investigación de organismos públicos (Fondo de Investigación Sanitaria (FIS); Ministerio de Economía y competitividad); fundaciones sin ánimo de lucro; Sociedades Científicas; Universidades y similares; Colaboración Cochrane o Instituto Joanna Briggs.	1,5
	7.06.07	Profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores en proyectos financiados en convocatorias de concurrencia competitiva. (N.º de profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores en proyectos de investigación financiados a través de convocatorias competitivas de ayudas a la investigación y/o en revisiones sistemáticas / N.º total de profesionales sanitarios del centro) x 100	Se contabilizará el número de profesionales sanitarios distintos que participan como investigadores, bien sea como Investigador Principal, Investigador Colaborador o miembro de un Grupo Clínico-Asistencial (participación debidamente acreditada). Sólo se contabilizará la participación en proyectos que cuenten con el informe favorable de alguna Comisión de Investigación de la Gerencia (CCI o CLI) y que estén activos durante el año evaluado.	1,5
Contribuir a la difusión del conocimiento	8.04.10	N.º de publicaciones distintas (originales, no originales, libros o capítulos de libro) en el año en curso en las que participan profesionales del centro. (N.º de publicaciones distintas (originales, no originales, libros o capítulos de libro) en el año en curso)	Se valorarán los libros y capítulos de libros identificados por ISBN, ISSN o depósito legal. No se considerarán publicaciones los repositorios y/o suplementos de revistas con resúmenes de congresos. Publicaciones en formato digital: se consideran aquellas que cuentan con un comité editorial. Autor de una publicación: profesional cuyo nombre figura en la línea de autores o profesional cuyo nombre figura relacionado por autoría corporativa en un grupo de investigación, siempre que la relación de los autores conste en algún lugar del artículo o sea identificable en la base de datos donde esté indexada la revista.	2

INNOVACIÓN Y MEJORA ORGANIZATIVA (continuación)

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Promover la formación de los profesionales en las líneas estratégicas de la organización	7.05.17	Profesionales sanitarios distintos formados en alguna línea estratégica de la Organización. [N.º de profesionales sanitarios distintos (CIAS diferentes) que han realizado al menos dos cursos acreditados relacionados con alguna línea estratégica de la Organización/N.º total de profesionales sanitarios del centro] x 100.	Se incluye la AUTOFORMACIÓN: Acreditada para profesionales sanitarios, y no acreditada para profesionales no sanitarios Para los profesionales sanitarios, además de la formación acreditada organizada por la Gerencia Asistencial de Atención Primaria, se incluyen las actividades formativas realizadas con la Subdirección General de Farmacia.	2,5
	7.05.18	Profesionales no sanitarios distintos formados en alguna línea estratégica de la Organización. [N.º de profesionales no sanitarios distintos (CIAS diferentes) que han realizado al menos dos cursos relacionados con alguna línea estratégica de la Organización/ N.º total de profesionales no sanitarios del centro] x 100.	Únicamente la formación organizada por otras instituciones deberá ser registrada individualmente por cada profesional en FORMAP. Quedan excluidos del cálculo de la plantilla del centro los profesionales de los Centros de Continuidad Asistencial, psicólogos o profesionales del ESAPD. Líneas Estratégicas=Áreas Temáticas de la Organización. Disponibles en la sección de Áreas Temáticas de Formación Continuada Intranet Salud@ Formación Continuada (madrid.org)	2,5

SOSTENIBILIDAD (12,6 PUNTOS): Incluye las dimensiones: equilibrio presupuestario, eficiencia, suficiencia de recursos.

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Promover el uso eficiente de los recursos humanos y materiales	9.01.01	Capítulo I: presupuesto de cobertura de ausencias. (Gasto/Dotación presupuesto) x 100.	Grado de cumplimiento respecto a la dotación de presupuesto para la gestión de cobertura de ausencias de los profesionales del centro.	5
	9.04.04	Ingresos facturados a terceros. (% cumplimiento del índice sintético)	Índice sintético compuesto por: % Errores en la recogida de datos para facturación - Volumen de facturación (nº facturas emitidas) - Población asignada al centro	2,5
Promover medicamentos que contribuyan a la sostenibilidad del sistema	9.13.04	Porcentaje de envases de principios activos con EFG. (Envases facturados de medicamentos que disponen de EFG según código ATC a nivel de principio activo)/ Envases de facturados de medicamentos) x 100.	En el numerador se incluyen medicamentos con principios activos que dispongan de algún EFG. El objetivo del indicador es fomentar la selección de principios activos que llevan comercializados el tiempo suficiente como para disponer de experiencia adecuada en su utilización y con un precio inferior a los más nuevos. Idealmente, se debería establecer una priorización dentro de cada subgrupo terapéutico en el caso de que aun teniendo todos genéricos, haya diferencias considerables de precio entre los distintos principios activos. Para el año 2025 se excluyen los antibióticos (grupo J01) al entenderse como prioritaria la elección de antibioterapia basada en las recomendaciones de la Guía de Antimicrobianos de la Comunidad de Madrid, independientemente de si estos fármacos tienen presentación EFG o no. Ver manual de indicadores de Farmacia.	0,8
	9.13.02	Porcentaje de pacientes con glargina, enoxaparina biosimilar, teriparatida biosimilar. (Promedio mensual de pacientes con envases facturados de insulina glargina biosimilar, enoxaparina biosimilar y teriparatida biosimilar o EFG/ Promedio mensual de pacientes con envases facturados de análogos de insulina de acción prolongada, A10AE04 (glargina), A10AE05 (detemir), A10AE06 (degludec), B01AB04 (dalteparina), B01AB05 (enoxaparina), B01AB06 (nadroparina), B01AB10 (tinzaparina), B01AB12 (bemiparina), H05AA02 (teriparatida)) x 100.	El indicador incluye insulinas, HBPM y teriparatida. Respecto a la dosificación de cada una las HBPM está especificada en las fichas técnicas y no son equivalentes entre sí. Puede existir alguna situación clínica concreta donde enoxaparina no sea la más recomendada. Respecto a la teriparatida, se han comercializado medicamentos de origen sintético que no son biosimilares. Aunque estos medicamentos contribuyen a la sostenibilidad del sistema, su inclusión en el numerador del indicador desvirtuaría el sentido del mismo, por lo que quedan excluidos. Sí se incluye en el numerador el EFG, también de origen sintético, porque ha llevado a cabo el ejercicio de comparabilidad con el medicamento de referencia de conformidad con la normativa europea y las directrices de referencia. Ver manual de indicadores de Farmacia.	1,3

SOSTENIBILIDAD (continuación)

OBJETIVO	CÓDIGO INDICADOR	INDICADOR	ACLARACIÓN DEL INDICADOR	PUNTOS
Promover medicamentos que contribuyan a la sostenibilidad del sistema (continuación)	9.06.51 ¡Nuevo!	Porcentaje de importe evitable en medicamentos con perfil de eficacia y seguridad similar (Importe evitable en los subgrupos definidos en los criterios de inclusión / Importe real en los subgrupos definidos en los criterios de inclusión) x100 Son 5 indicadores independientes: • 9.06.45 Importe evitable en IBPs • 9.06.46 Importe evitable en Antihistamínicos de segunda generación • 9.06.47 Importe evitable en IECA/ARA2 • 9.06.48 Importe evitable en AINEs • 9.06.49 Importe evitable en SYSADOAs en >65 años	El numerador se calcula restando al importe real el importe teórico si a los pacientes se les hubiera prescrito al importe por consumidor de referencia (media del importe por consumidor de los centros referentes) En el caso de los SYSADOA se tiene como valor de referencia los envases/población >65 años de los centros referentes. El uso racional de medicamentos incluye cuatro dimensiones, la eficacia, la seguridad, la conveniencia para el paciente y el coste. Existen diferencias importantes en el coste de principios activos con perfil similar de eficacia y seguridad que genera una bolsa de ineficiencia para el sistema de salud. Trabajar en eficiencia es un fundamental para mejorar la calidad de prescripción y contribuir a la sostenibilidad del sistema. Con este indicador se pretende cuantificar el grado de desviación respecto a la situación de máxima eficiencia en los subgrupos de medicamentos seleccionados para poder implementar medidas de mejora. Ver manual de indicadores de farmacia	2,2 IE IBP:0,7 IE AINE: 0,2 IE Antihis.: 0,2 IE SRS: 0,7 IE SYSADOA: 0,4
Adecuación y uso racional de materiales y productos sanitarios	9.13.07	Promedio diario de tiras de glucemia por paciente con SMCG que no precise calibración (Nº de tiras registradas para pacientes adultos con diabetes (tipo 1 o 2) y sensor que no precise calibración/ días con sensor)	El uso de sensores elimina casi totalmente los controles de glucemia capilar, excepto en determinadas situaciones, como son: la calibración de los sistemas que lo precisen, la confirmación de la lectura del sensor cuando los síntomas no se correspondan con la lectura del sensor o se sospeche que la lectura podría ser inexacta, cuando sea necesario retirar el sensor para la realización de determinadas pruebas diagnósticas, o para realizar los controles de glucemia cuando por alguna circunstancia el paciente no tenga el sensor disponible. Se ha consensuado con AH que el nº de tiras de glucemia razonable que se recomienda entregar al TRIMESTRE es de 50 (200 al año), haciéndolo coincidir con la entrega de sensores, en el contexto de una consulta clínica de enfermería. Limitación: infraregistro de tiras en el protocolo de AP Madrid. Ver manual de indicadores de Farmacia	0,8

DIMENSIÓN DIRECTIVA

En la organización del centro y en el despliegue e implantación de las líneas estratégicas de la Gerencia el liderazgo del director tiene un papel fundamental, que se ejerce a través del contacto regular con todos los profesionales que lo integran.

El director de centro tiene que lograr la implicación de todos los profesionales. Cada uno de ellos tiene que tener clara su participación específica dentro del conjunto, asumirla e implicarse en la organización del centro y en la mejora de los resultados.

Es por ello que el director de centro tiene un objetivo añadido, propio de su función directiva que se tendrá en cuenta en la evaluación del desempeño como DC:

Porcentaje de cumplimiento del CPC y posicionamiento respecto al resto de Centros de Salud y a la media de la Comunidad de Madrid.

HOJA DE FIRMA DEL CONTRATO PROGRAMA DE CENTRO

La Gerente Asistencial de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud, D^a **María del Rosario Azcutia Gómez** y el **Director/a del centro de salud**, en representación de los profesionales del mismo y en el marco de las líneas estratégicas de la Consejería de Sanidad para Atención Primaria, 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

DIRECTOR/A DEL CENTRO DE SALUD

Fdo.: D^a M^a **Rosario Azcutia Gómez**

Fdo.: D/D^a.....