



Gestión Clínica en Asturias

Informe de resultados 2014



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DIRECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS
SUBDIRECCIÓN ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS
Servicio de Calidad y Gestión Clínica



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DIRECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS
SUBDIRECCIÓN ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS
Servicio de Calidad y Gestión Clínica

Servicio de Calidad y Gestión Clínica
Subdirección de Organización de Servicios Sanitarios
Dirección de Servicios Sanitarios
© Servicio de Salud del Principado de Asturias

Datos consolidados a 30 de Junio del 2015
Versión final

<http://gestionclinica.sespa.es>



Índice

1.-Introducción.....	5
2.-Contexto.....	7
3.-Metodología de evaluación.....	10
4.-Resultados.....	11
5.-Conclusiones.....	22



1. Introducción

Regulación de la Gestión Clínica en Asturias

La Gestión Clínica en Asturias está regulada por el *Decreto 66/2009* que establece los principios básicos del funcionamiento del modelo de gestión clínica (organización en unidades y áreas según el grado de complejidad, creación de la figura del director-a de unidad/área, establecimiento de los requisitos de creación de nuevas unidades/áreas, el acuerdo de gestión anual como documento de compromiso de objetivos clínicos, de calidad y de gestión a alcanzar ...).

Otra normativa aplicable

Decreto 163/2012, disposición final primera, por el que se transfieren las competencias para la autorización de nuevas UGC/AGC al Consejo de Administración del SESPA.

Acuerdo de Consejo de Gobierno 12-2-2014 (BOPA de 19 de febrero) por el que se establecen las cuantías de productividad variable ligada a la gestión clínica.

Decreto 76/2014, disposición adicional quinta, por el que crea la Unidad de Certificación del SESPA que tiene como competencia realizar las actividades de certificación en calidad.

Resolución de la Dirección Gerencia del SESPA de 13 de noviembre de 2014, (BOPA de 19 de Noviembre) por la que se dispone la publicación de la Plantilla Orgánica consolidada del Servicio de Salud del Principado de Asturias.

El Modelo de Encuadramiento de las Unidades y Áreas

A las Unidades y Áreas de Gestión Clínica se les delega de forma progresiva las funciones de gestión económica, de organización de turnos y horarios y de recursos humanos, tal que existen tres niveles (1, 2 y 3) de delegación de gestión. Además se encuadran en tres niveles de complejidad progresiva por el grado de desarrollo de la calidad asistencial que prestan (niveles A, B y C). La conjunción de ambos genera una matriz de encuadramiento progresivo que va desde el nivel 1A (encuadramiento inicial, punto de entrada al modelo de gestión clínica) al nivel 3C (nivel máximo de encuadramiento, de excelencia en calidad, de delegación máxima de funciones de gestión)

Matriz de la Gestión Clínica en Asturias

Nivel de excelencia en Calidad (c)	1c (nivel intermedio)	2c (nivel intermedio)	3c (nivel de excelencia en gestión clínica)
Nivel de Calidad avanzada (b)	1b (nivel intermedio)	2b (nivel intermedio)	
Nivel básico de Calidad (a)	1a (nivel inicial)		
	Nivel de Gestión Básico o inicial (1)	Nivel de Gestión avanzado (2)	Nivel de Gestión máxima (3)



El Acuerdo de Gestión Anual

Cada Unidad y Área de Gestión Clínica firma anualmente su Acuerdo de Gestión con la Gerencia del Área Sanitaria correspondiente.

El Acuerdo de Gestión 2014 se desglosa en cuatro partes:

- La primera es el acuerdo en si mismo, que firman las dos partes representadas: dirección de la UGC/AGC y gerencia del Área Sanitaria
- La segunda es la descripción de los medios materiales, económicos y humanos que se ponen a disposición de la UGC/AGC para que ésta alcance los objetivos pactados
- La tercera es la enumeración de los objetivos que se fijan a la UGC/AGC y los indicadores que se utilizarán para evaluar su cumplimiento. Estos objetivos son asistenciales, de calidad y de gestión
- La cuarta y última es la descripción de cómo se evaluará el cumplimiento de los objetivos y de que forma el grado de cumplimiento permite a la UGC/AGC acceder a los objetivos que también se han descrito en el Acuerdo de Gestión y que tienen unas características comunes a todas las UGC/AGC de la misma complejidad y estado de desarrollo

Los compromisos de la UGC/AGC se articulan en torno al cumplimiento de cuatro grupos de objetivos:

- Grupo 1: Objetivos Asistenciales
- Grupo 2: Objetivos del Sistema de Gestión de la Calidad SINOC-DAIME
- Grupo 3: Objetivos de Gestión
- Grupo 4: Objetivos de mejora global en la Gestión de Procesos Clínicos (Bloque Integrador).

Además las Unidades/Áreas deben monitorizar la Satisfacción de lo Usuarios y la Calidad de Vida de los Profesionales.

Los principales Componentes del Acuerdo de Gestión Anual

Componentes que determinan el avance en el encuadramiento

- Compromisos-Objetivos a alcanzar en Actividad Asistencial
- Compromisos-Objetivos a alcanzar en Calidad
- Compromisos-Objetivos a alcanzar en Gestión
 - Gestión económica
 - Gestión de liderazgo /dirección
- Compromisos-Objetivos a alcanzar por cada uno de los Profesionales
- Compromisos del Bloque integrador (en UGC/AGC de nivel 3C)

Componentes para monitorización por parte de la Unidad/Área

- Satisfacción de los Ciudadanos
- Calidad de Vida de los Profesionales



La evaluación de cada profesional

Uno de los componentes esenciales del modelo es la evaluación de todos y cada uno de los profesionales implicados.

En el Acuerdo también se establecen los objetivos individuales para cada profesional.

Todas las UGC/AGC cuentan con objetivos personales, salvo las AGC de atención hospitalaria que en su primer acuerdo de gestión clínica no necesitan abordarlos.

Incentivación

De acuerdo con la normativa vigente anteriormente referida, las Unidades y Áreas de Gestión Clínica podrán tener acceso a incentivos, siempre y cuando cumplan con los pactos establecidos en su Acuerdo de gestión correspondiente.

La incentivación de la agenda docente de la UGC/AGC se alcanza cuando la UGC/AGC cumple con los objetivos asistenciales y de calidad.

La productividad ligada a la gestión clínica se alcanza cuando además de cumplir los objetivos asistenciales y de calidad se cumple con las funciones de gestión delegadas (gestión económica y dirección/liderazgo).



2. Contexto

Datos a 31 de diciembre del 2014

UGC/AGC autorizadas	62	
• UGC de atención primaria	19	30,7%
• AGC de salud mental	8	12,9%
• UGC/AGC de atención hospitalaria	35	56,4%
UGC/AGC constituidas (con al menos un Acuerdo de gestión firmado)	41	
• UGC de atención primaria	12	29,3%
• AGC de salud mental	8	19,5%
• UGC/AGC de atención hospitalaria	21	51,2%
UGC/AGC con acuerdo de gestión clínica en 2014	34	
• UGC de atención primaria	8	
• AGC de salud mental	8	
• UGC/AGC de atención hospitalaria	18	
Nº de UGC/AGC según tipo de evaluación recibida		
• Evaluación interna y externa	26	
• Evaluación interna *	8	
*UGC/AGC del HUCA, debido al traslado a las nuevas instalaciones (n=7)		
*UGC de Luanco, por renuncia a la evaluación externa		
Profesionales en UGC/AGC constituidas	3.131	
Profesionales en UGC/AGC con Acuerdo firmado en 2014	2.326	
• En UGC/AGC con evaluación interna y externa	1.071	
• En UGC/AGC con evaluación interna	1.225	
Encuadramiento de las UGC/AGC con Acuerdo firmado en el año 2014 (n=34)		
• 1A	7	20,6%
• 1B	4	11,8%
• 1C	2	5,9%
• 2B	19	55,8%
• 3C	2	5,9%



Relación de UGC/AGC con Acuerdo firmado en 2014

Área Sanitaria	AGC/UGC
1	MEDICO-QUIRURGICA
1	LOCOMOTOR
1	SALUD MENTAL
2	SALUD MENTAL
3	SALUD MENTAL
3	BIOQUIMICA
3	NEUMOLOGÍA
3	LUANCO (1)
4	GERIATRIA
4	NEFROLOGIA (2)
4	INSTITUTO NACIONAL DE SILICOSIS (2)
4	MEDICINA INTERNA (2)
4	NEUROCIENCIAS (2)
4	LABORATORIO DE MEDICINA (2)
4	PEDIATRIA (2)
4	SALUD MENTAL (2)
5	NATAHOYO
5	MEDICINA INTERNA
5	SALUD MENTAL
5	EI LLANO
6	ARRIONDAS
6	RIBADESELLA
6	SALUD MENTAL
7	SALUD MENTAL
7	OFTALMOLOGIA
8	NEFROLOGÍA
8	URGENCIAS
8	CASO-SOBRESCOBIO
8	CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO
8	MEDICINA INTERNA
8	UCI
8	SOTRONDIO
8	LAVIANA
8	SALUD MENTAL

(1) La UGC de Luanco renunció a la evaluación externa, por lo que su Acuerdo fue evaluado entre las partes firmantes (evaluación interna) y como consecuencia su resultado no generó posibilidad de avance en el encuadramiento ni acceso a incentívación.

(2) Las UGC/AGC del HUCA, debido al traslado producido a mitad del año 2014 a las nuevas instalaciones solo fueron evaluadas de forma interna y como consecuencia su resultado no generó posibilidad de avance en el encuadramiento ni acceso a incentívación.



3.-Metodología de Evaluación

La evaluación de los resultados de los Acuerdos de Gestión 2014 se realizó entre el 15 de Enero de 2015 y el 30 de Abril de 2015.

Fases del proceso de evaluación

La Evaluación se organiza en cuatro etapas:

1.-Autoevaluación.

La UGC/AGC y Gerencia de Área Sanitaria evalúan el Acuerdo de Gestión, otorgándose un resultado en objetivos asistenciales, calidad, gestión económica y funciones directivas delegadas. Para esta autoevaluación se utiliza la documentación normalizada de vaciado de resultados.

2.-Periodo de evaluación final de la calidad (Visitas)

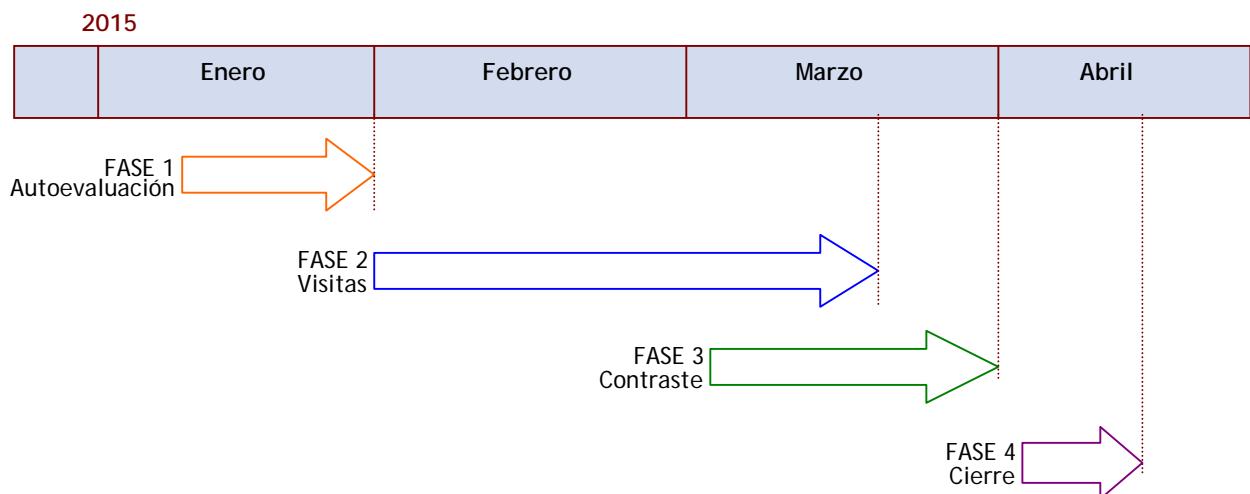
La Unidad de Certificación en Calidad del SESPA desarrolla el Plan de visitas finales anuales de calidad en las AGC/UGC, y queda bajo su responsabilidad la organización y realización del citado Plan. Este Plan de visitas incluye los elementos relacionados con la calidad (evaluación del esquema de calidad SINOC-DAIME) y con las funciones directivas delegadas.

3.-Fase de Contraste

En esta Fase el equipo de seguimiento de los Acuerdos de Gestión en Servicios Centrales (Dirección de Servicios Sanitarios y Dirección de Gestión Económica y Financiera) contrasta la información recibida en el proceso de autoevaluación asistencial y de gestión económica, con los resultados obtenidos en las fuentes de las que disponen los SSCC del SESPA. El objeto de esta fase es compararlos con los resultados propuestos por las UGCs/AGCs y llegar a un acuerdo de resultados finales, validable y objetivo.

4.-Fase de Reuniones de resultados de la Gestión Clínica.

La evaluación de cada Acuerdo de Gestión se consolida con una Reunión Tripartita entre SESPA (SSCC), Gerencia correspondiente y equipo directivo de la AGC-UGC. En ella se presentan las conclusiones de la evaluación, formalizadas en un Informe-Propuesta firmado por la Dirección Gerencia del SESPA





4.- Resultados



Se presenta los resultados de las 26 UGC y AGC con Acuerdo de Gestión 2014 firmado y que han participado en las cuatro fases de la evaluación ya explicadas (evaluación interna y externa)

Se presentan los resultados:

- 4.1 Asistenciales
- 4.2 Calidad
- 4.3 Gestión económica
- 4.4 Funciones de liderazgo / directivas delegadas (organizativas y de gestión de personas)

Cada UGC/AGC se evaluó según los objetivos planteados de acuerdo a su nivel de encuadramiento:

Área Sanitaria	AGC/UGC	Ámbito	Encuadramiento
1	MEDICO-QUIRURGICA	AH	2B
1	LOCOMOTOR	AH	1A
1	SALUD MENTAL	SM	2B
2	SALUD MENTAL	SM	2B
3	SALUD MENTAL	SM	2B
3	BIOQUIMICA	AH	2B
3	NEUMOLOGÍA	AH	1B
4	GERIATRIA	AH	2B
5	NATAHOYO	AP	1A
5	MEDICINA INTERNA	AH	2B
5	SALUD MENTAL	SM	2B
5	EI LLANO	AP	1B
6	ARRIONDAS	AP	3C
6	RIBADESELLA	AP	2B
6	SALUD MENTAL	SM	2B
7	SALUD MENTAL	SM	1A
7	OFTALMOLOGIA	AH	2B

...



Área Sanitaria	AGC/UGC	Ámbito	Encuadramiento
8	NEFROLOGÍA	AH	2B
8	URGENCIAS	AH	1A
8	CASO-SOBRESCOBIO	AP	2B
8	CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO	AP	1A
8	MEDICINA INTERNA	AH	1A
8	UCI	AH	2B
8	SOTRONDIO	AP	1B
8	LAVIANA	AP	2B
8	SALUD MENTAL	SM	2B

AH: Atención Hospitalaria
AP: Atención Primaria
SM: Salud Mental



4.1.-Resultados asistenciales

Cada UGC/AGC se comprometió con su Gerencia de Área Sanitaria a alcanzar unos objetivos asistenciales, organizados en 5 Indicadores Sintéticos, como agrupadores temáticos de metas a alcanzar.

Según la naturaleza de cada UGC/AGC, esta debía abordar aquellos Indicadores sintéticos que les correspondieran.

- Indicador Sintético de Farmacia (IS-1)
- Indicador Sintético de Calidad de Agenda Asistencial (IS-2)
- Indicador Sintético de Atención Primaria (IS-3)
- Indicador Sintético de Actividad General (IS-4)
- Indicador Sintético propio (IS-5)

Además cada UGC/AGC debía cumplir, como condición imprescindible, un **Indicador Llave** (I-LL) :

Atención Primaria

Días de espera para ser atendido en la agenda de la consulta a demanda, respecto a la fecha que el paciente desea= 0

Atención Hospitalaria con bloque quirúrgico

Nº Pacientes de Lista de Espera Estructural para intervención quirúrgica >"X" días = 0
Siendo "X" un 15% inferior a los días que dicha UGC/AGC tenía a 1 de Enero del 2014

Atención Hospitalaria sin bloque quirúrgico y Salud Mental

Demora media en Consultas externas de Atención especializada < "X"
Siendo "X" un 15% inferior a los días que dicha UGC/AGC tenía a 1 de Enero del 2014

Salud Mental

Porcentaje de Codificación diagnóstica CIE-10 en historia clínica electrónica

Servicios básicos (Laboratorio, Anatomía Patológica, Radiología, Farmacia, etc), Urgencias y UCI

Fueron determinados por la Gerencia del Área Sanitaria de forma individualizada

Las UGC/AGC de nivel 3C, además fueron evaluadas por sus **bloques integradores** (gestión de procesos asistenciales específicos)



Área Sanitaria	AGC/UGC	Nivel de complejidad (1)	Nº de indicadores evaluados (2)	Resultado (3)
1	MEDICO-QUIRURGICA	III	59	96,40
1	LOCOMOTOR	III	37	94,70
1	SALUD MENTAL	III	29	92,36
2	SALUD MENTAL	III	28	91,38
3	SALUD MENTAL	I	25	105,25
3	BIOQUIMICA	III	25	99,3
3	NEUMOLOGÍA	III	29	107,55
4	GERIATRIA	II	19	87,06
5	NATAHOYO	III	58	80,76
5	MEDICINA INTERNA	III	32	88,21
5	SALUD MENTAL	I	25	88,48
5	EI LLANO	II	58	84,28
6	ARRIONDAS	III	60	65,79
6	RIBADESELLA	III	61	60,60
6	SALUD MENTAL	III	17	98,01
7	SALUD MENTAL	II	26	101,08
7	OFTALMOLOGIA	II	31	105,65
8	NEFROLOGÍA	III	36	92,20
8	URGENCIAS	II	34	100,11
8	CASO-SOBRESCOBIO	III	65	82,27
8	CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO	III	55	96,43
8	MEDICINA INTERNA	II	56	89,81
8	UCI	III	42	113,48
8	SOTRONDIO	III	65	81,71
8	LAVIANA	III	61	83,69
8	SALUD MENTAL	II	41	98,42

(1) I: complejidad máxima. II: complejidad intermedia. III: baja complejidad

(2) suma de indicadores que conforman los IS-1 al IS-5

(3) mínimo a alcanzar: Según nivel de complejidad de la UGC/AGC: 75 para nivel I, 77,5 para nivel II y 80 para nivel III



4.2.-Resultados en Calidad

Cada UGC/AGC fue evaluada por la Unidad de Certificación del SESPA, según el nivel de calidad correspondiente a su nivel de encuadramiento.

Cuando una UGC/AGC de nivel B y C no alcanzaba el punto de corte mínimo en calidad (75 puntos sobre 100), fue evaluada por el nivel de calidad previo y ya consolidado.

Las versiones vigentes del esquema de Calidad SINOC-DAIME pueden consultarse y descargarse en <http://gestionclinica.sespa.es/sinoc.htm>



Área Sanitaria	AGC/UGC	Encuadramiento en Calidad	Resultado (1)
1	MEDICO-QUIRURGICA	B	88,52
1	LOCOMOTOR	A	84,73
1	SALUD MENTAL	B	83,86
2	SALUD MENTAL	B	93,40
3	SALUD MENTAL	B	68,40
3	BIOQUIMICA	B	87,50
3	NEUMOLOGÍA	B	90,61
4	GERIATRIA	B	77
5	NATAHOYO	A	88,26
5	MEDICINA INTERNA	B	91,07
5	SALUD MENTAL	B	77,5
5	EI LLANO	B	96
6	ARRIONDAS	C	71,10
6	RIBADESELLA	B	83,81
6	SALUD MENTAL	B	95,22
7	SALUD MENTAL	A	79,03
7	OFTALMOLOGIA	B	99,1
8	NEFROLOGÍA	B	95
8	URGENCIAS	A	99
8	CASO-SOBRESCOBIO	B	92,40
8	CIRUGIA GENERAL Y DIGESTIVO	A	95,26
8	MEDICINA INTERNA	A	90,29
8	UCI	B	99,4
8	SOTRONDIO	B	89,20
8	LAVIANA	B	94,81
8	SALUD MENTAL	B	96,40

(1) Resultado mínimo a alcanzar: 75 (sobre 100 puntos)



4.3.-Resultados en gestión económica

La evaluación económica se ha realizado sobre 25 UGC/AGC, aquellas con presupuesto validado por la Dirección de Gestión Económica y Financiera de los Servicios Centrales del SESPA.

CAPÍTULOS PRESUPUESTARIOS	PRESUPUESTO ASIGNADO	PRESUPUESTO DELEGADO
Capítulo I: Gastos de personal	55.311.269,58	4.899.480,93
Capítulo II: Gasto en bienes corrientes y servicios	18.039.626,74	15.803.302,18
Capítulo IV: Transferencias corrientes	18.449.937,44	17.556.433,14
Presupuesto total Gestión clínica	94.692.400,65	38.266.666,24

El conjunto de las UGC/AGC contaban con un presupuesto de algo más de 94,5 millones de euros, de los cuales gestionaron directamente (partidas delegadas) algo más de 38 millones de euros (38.266.666 €)

Cada UGC/AGC debía cumplir con una serie de criterios de gestión económica, dependiendo de la tipología de la Unidad

Atención Primaria:

- Criterio 1. (GE_AP-1): la UGC cumple con el presupuesto anual de gastos asignado.
- Criterio 2. (GE_AP-2): cumple con el presupuesto anual en Gasto de Farmacia por Receta.
- Criterio 3. (GE_AP-3) cumple con el presupuesto delegado de capítulos 1, 2 y 4.
- Criterio 4. (GE_AP-4): La UGC/EAP debe alcanzar una facturación a terceros pactada

Atención Hospitalaria (servicios clínicos y servicios básicos) y Salud Mental:

- Criterio 1. (GE_AH-1): la UGC/AGC debe cumplir el presupuesto anual de gastos asignado.
- Criterio 2. (GE_AH-2): debe cumplir los apartados de capítulo 1 delegados
- Criterio 3. (GE_AH-3): debe cumplir el presupuesto de los capítulos 2 + 4 delegados
- Criterio 4. (GE_AH-4): la UGC/AGC debe alcanzar una facturación a terceros pactada

Cada UGC/AGC fue evaluada de acuerdo con sus características particulares por 2, 3 ó 4 criterios, siendo mayoritarias las UGC/AGC evaluadas por los 4 criterios.

El 37,5% de las UGC/AGC cumplieron íntegramente los criterios económicos pactados.



Área Sanitaria	AGC/UGC	GE-1	GE-2	GE-3	GE-4
1	MEDICO-QUIRURGICA	No cumple	Cumple	No cumple	No cumple
1	LOCOMOTOR	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple
1	SALUD MENTAL	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple
2	SALUD MENTAL	Cumple	Cumple	Cumple	No cumple
3	SALUD MENTAL	No cumple	NP	NP	No cumple
3	BIOQUIMICA	Cumple	Cumple	Cumple	NP
4	GERIATRIA	No cumple	NP	NP	NP
5	NATAHOYO	No cumple	No cumple	No cumple	Cumple
5	MEDICINA INTERNA	No cumple	Cumple	No cumple	NP
5	SALUD MENTAL	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple
5	EI LLANO	No cumple	No cumple	No cumple	Cumple
6	ARRIONDAS	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple
6	RIBADESELLA	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple
6	SALUD MENTAL	No cumple	Cumple	Cumple	No cumple
7	OFTALMOLOGIA	No cumple	Cumple	Cumple	Cumple
8	NEFROLOGÍA	Cumple	Cumple	Cumple	NP
8	URGENCIAS	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
8	CASO-SOBRESCOBIO	No cumple	No cumple	No cumple	No cumple
8	CIRUGIA G. Y DIGESTIVO	Cumple	Cumple	Cumple	NP
8	MEDICINA INTERNA	Cumple	Cumple	No cumple	Cumple
8	UCI	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
8	SOTRONDIO	Cumple	Cumple	Cumple	Cumple
8	LAVIANA	No cumple	No cumple	No cumple	Cumple
8	SALUD MENTAL	Cumple	Cumple	Cumple	NP

Porcentaje de UGC/AGC que cumplen cada Criterio	37,5%	59,1%	45,5%	42,1%
---	-------	-------	-------	-------

NP: no procede



4.4.- Funciones de liderazgo / directivas delegadas (organizativas y de gestión de personas)

Uno de los rasgos esenciales de la gestión clínica es la delegación de funciones de gestión con el consiguiente incremento en la autonomía en la toma de decisiones y en la gestión de los recursos asignados a la UGC/AGC.

Estas funciones se han evaluado mediante autoevaluación realizada por el director/a de la UGC/AGC habida cuenta de que se trata de analizar en qué medida esta delegación y autonomía se ha hecho efectiva y desde esta perspectiva se ha considerado información suficiente la obtenida mediante la autodeclaración de los directores/as.



Área	AGC/UGC	El director, la UGC/AGC o las personas responsables en la misma han ...								
		evaluado a los líderes de la UGC/AGC	organizado los turnos y horarios de la UGC/AGC	evaluado Satisfacción usuarios	evaluado la calidad vida profesional	evaluado las necesidades formativas	evaluado las competencias de los profesionales	definido nuevos indicadores de evaluación	monitorizado los consumos pactados en su AG	monitorizado la evolución de la IT
1	MEDICO-QUIRURGICA	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
1	LOCOMOTOR	Si	Si	Si	Si	Si	NP	NP	Si	Si
1	SALUD MENTAL	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	NC	No
2	SALUD MENTAL	No	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
3	SALUD MENTAL	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
3	BIOQUIMICA	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
3	NEUMOLOGÍA	Si	Si	Si	Si	No	NC	NC	No	No
4	GERIATRIA	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	No	Si
5	NATAHOYO	Si	Si	Si	Si	No	NP	NP	Si	No
5	MEDICINA INTERNA	Si	Si	Si	Si	No	No	No	Si	No
5	SALUD MENTAL	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC	NC
5	EI LLANO	Si	Si	No	Si	Si	NP	NP	Si	Si
6	ARRIONDAS	No	Si	Si	No	Si	No	No	No	Si
6	RIBADESELLA	Si	Si	Si	No	Si	No	Si	Si	Si
6	SALUD MENTAL	Si	No	Si	Si	Si	No	Si	No	Si

Área	AGC/UGC	El director, la UGC/AGC o las personas responsables en la misma han ...								
		evaluado a los líderes de la UGC/AGC	organizado los turnos y horarios de la UGC/AGC	evaluado Satisfacción usuarios	evaluado la calidad vida profesional	evaluado las necesidades formativas	evaluado las competencias de los profesionales	definido nuevos indicadores de evaluación	monitorizado los consumos pactados en su AG	monitorizado la evolución de la IT
7	SALUD MENTAL	Si	Si	Si	Si	Si	NP	NP	No	No
7	OFTALMOLOGIA	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si
8	NEFROLOGÍA	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
8	URGENCIAS	Si	Si	Si	No	Si	NP	NP	Si	Si
8	CASO-SOBRESCOBIO	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si
8	CIRUGIA G. Y DIGESTIVO	Si	Si	Si	No	Si	NP	NP	No	Si
8	MEDICINA INTERNA	Si	Si	Si	No	Si	NP	NP	Si	Si
8	UCI	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si
8	SOTRONDIO	Si	Si	Si	Si	Si	NP	NP	Si	Si
8	LAVIANA	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si	Si
8	SALUD MENTAL	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si
Resultado final (en %)		92	92	96	68	84	43,75	87,5	66,7	80,8

NC: No contesta
NP: No procede



5.-Conclusiones

1. En el año 2014 las UGC/AGC normalizaron la firma de Acuerdos de Gestión tras un periodo de dos años en las que se revisaron los aspectos clave del modelo.
2. En total se firmaron 34 Acuerdos de Gestión, habiendo UGC/AGC con acuerdo vigente en todas las Áreas Sanitarias y en todos los ámbitos asistenciales (atención primaria, atención hospitalaria y salud mental). El número de profesionales bajo un Acuerdo de gestión vigente fue de 2.326
3. Los 34 Acuerdos de Gestión fueron evaluados. Ocho de ellos realizaron una autoevaluación UGC/AGC-Gerencia de Área Sanitaria y 26 recibieron además una evaluación externa, lo cual permitió habilitarles para un potencial avance en el encuadramiento y acceso a incentiviación
4. El 92,3% de las UGC/AGC cumplieron con sus objetivos asistenciales, alcanzado una puntuación superior a 75 puntos sobre 100 en el cumplimiento de sus indicadores. Seis UGC/AGC (el 23%), obtuvieron más de 100 puntos, o lo que es lo mismo superaron el máximo resultado previsto en el apartado asistencial
5. El 92,3% de las UGC/AGC cumplieron con su objetivos de calidad, alcanzado una puntuación superior a 75 puntos sobre 100 en el cumplimiento de los indicadores del esquema de calidad SINOC-DAIME. Las dos UGC/AGC que no cumplieron fueron valoradas por el nivel de calidad inferior al firmado, cumpliendo en este caso con dicho nivel de calidad
6. El 37,5% de las UGC/AGC cumplieron íntegramente los criterios económicos pactados.
7. Hay un alto grado de cumplimiento en los criterios de delegación de funciones y autonomía de gestión, con una media del 78,8% de delegación y ejecución de las competencias asignadas (rango 43,75 a 92%)
8. El 100% de las UGC/AGC firmantes de Acuerdo han accedido a incentiviación de la agenda formativa anual. El 37,5% (8 UGC/AGC) han tenido derecho a incentiviación económica, cuyas cuantías dependen directamente de los resultados de su Acuerdo de gestión.
9. Por Área Sanitaria, destacan los resultados obtenidos por el Área Sanitaria 8, con 9 UGC/AGC con Acuerdo firmado, de las cuales 6 han cumplido íntegramente los objetivos pactados.



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS

DIRECCIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS
SUBDIRECCIÓN ORGANIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS
Servicio de Calidad y Gestión Clínica

© 2015 Servicio de Salud del Principado de Asturias