

Unidades de Gestión Clínica en Atención Primaria. Calidad y eficiencia como motor de cambio

Villarías López AL, Díaz Vázquez CA, Prieto Hernández M,
Suárez Gutiérrez R, Mola Caballero de Rodas P, Navia Osorio JM
Servicio de Salud del Principado de Asturias, Subdirección de Gestión Clínica y Calidad
e-mail: analuz.villarias@sespa.princast.es

Resumen

Introducción: Tras un proceso previo de desarrollo metodológico, en el año 2009 se constituyeron cinco Unidades de Gestión Clínica (UGC) de Atención Primaria, como centros piloto, con el fin de validar el nuevo modelo de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias. El modelo pretende mejorar la eficacia, eficiencia, calidad y sostenibilidad del sistema sanitario, impulsando una nueva organización centrada en el paciente y basada en la gestión clínica y en la gestión de la calidad.

Material y métodos: Modelo de gestión total cuyas herramientas fundamentales son: a) liderazgo y empoderamiento de los profesionales; b) empoderamiento de los ciudadanos; c) acuerdo de gestión; d) gestión de la calidad; e) sistemas normalizados de información y evaluación, y f) *benchmarking* y difusión.

Resultados:

1. Los ciudadanos atendidos en las UGC muestran una mayor satisfacción por la asistencia sanitaria recibida que la que muestran los ciudadanos para Asturias.
2. Las UGC, analizadas en su conjunto, son más eficaces en sus actividades clínicas que el global de los centros de salud del SESPA.
3. Las UGC han desarrollado iniciativas de calidad que las colocan en la cabeza de los equipos de Atención Primaria de Asturias, donde este tipo de iniciativas no se desarrollan de forma sistemática.
4. Todos estos resultados se obtienen a la vez que las UGC son más eficientes, con un importante superávit económico que revierte en la atención al conjunto de los ciudadanos.
5. Estos logros se producen en un clima de trabajo en equipo positivo, con una alta motivación de los profesionales que trabajan en las UGC.

Conclusiones: Se trata de una de las primeras experiencias en nuestro país que vincula y aúna, sin fisuras, la gestión clínica con la gestión de la calidad.



Los resultados positivos obtenidos abren una nueva línea de trabajo para la sostenibilidad del sistema, cuya confirmación vendrá acreditada con la extensión del modelo.

Palabras clave: Unidades de gestión clínica, Calidad, Organización centrada en el paciente.

Management Units in Primary Care Clinic. Quality and efficiency as an engine of change

Abstract

Introduction: In 2009, following a previous process of methodological development, five Clinical Management Units (CMU) in Primary Care were created as pilot experience in order to validate the clinical management new model of the Health-care Service of Asturias (SESPA). The Model aims were: improve the effectiveness, efficiency, quality and sustainability of the health system, promoting a new organization focused on the patient-based clinical management and quality management.

Methods: The main tools used in this total management model were: a) leadership and professional empowerment, b) citizens empowerment, c) clinical management agreement, d) quality management e) normalized information systems oriented to monitoring and evaluation, f) benchmarking and dissemination.

Results:

1. Citizens attended in CMUs showed a greater satisfaction with healthcare received than the overall results for Asturias.
2. CMUs, analyzed as a whole, were more effective in their clinical activities than the overall SESPA health care centers.
3. CMUs developed quality initiatives that place them at the top of primary care teams of Asturias, where such initiatives are not systematically developed.
4. All these results were reached while the CMUs are more efficient, with significant economic savings.
5. These achievements occur in an positive teamwork atmosphere and with a high motivation level.

Conclusions: This is one of the first experiences in our country that links and combines clinical management with quality management.

The positive results obtained open a new line of work for the sustainability of healthcare system, whose confirmation will credited with extension of this model.

Key words: Clinical management units, Quality management, Patient-oriented organization.



Introducción

Resulta relativamente frecuente que la atención a la salud de los ciudadanos se interprete, tanto por parte de gestores y muy especialmente de los profesionales sanitarios, como poco más del acto clínico, el acto asistencial en sí mismo.

Se desatienden así numerosos elementos que, yendo más allá de dicho acto clínico, configuran en su conjunto el Acto Sanitario, entendido este como todas las acciones y elementos que entran en funcionamiento desde que un ciudadano decide que necesita cubrir una necesidad de salud utilizando el sistema sanitario, hasta que decide que su necesidad ha sido satisfecha. Confidencialidad, seguridad de los pacientes, accesibilidad, continuidad de la asistencia, seguridad de las instalaciones, información a los usuarios, control de la infección, participación, etc.; es decir, elementos clave que configuran la Calidad Asistencial son términos de los que los profesionales sanitarios se sienten ajenos en su práctica diaria.

A esto ha contribuido que, de forma general, las experiencias en la mejora de la calidad asistencial, como son los procesos de certificación/acreditación, han discurrido por caminos paralelos a la práctica clínica y a la gestión de los recursos necesarios para la prestación de los servicios.

Esta circunstancia motiva que una buena parte de los profesionales contemplan la calidad como un añadido graciable a la asistencia sanitaria, algo prescindible, y no parte esencial de la misma.

La Gestión Clínica constituye un proceso de rediseño organizativo que incorpora al profesional sanitario a la

gestión de los recursos utilizados, buscando mejorar la eficacia y efectividad de la práctica clínica, favoreciendo la utilización adecuada de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, la realización de intervenciones preventivas y el desarrollo de actuaciones de promoción de la salud y de intervenciones comunitarias de eficacia comprobada.

Su fin último es conseguir una atención sanitaria de calidad, basada en decisiones clínicas acordes con la mejor evidencia científica disponible, y en la eficiencia como compromiso social y garantía para la sostenibilidad.

En el año 2007 se reorganizó el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA), creándose la Subdirección de Gestión Clínica y Calidad con el fin de aunar en una misma acción la calidad asistencial y el desarrollo de la gestión clínica en Asturias.

Atendiendo a las políticas emanadas desde la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, en el año 2008 el SESPA desarrolló los instrumentos metodológicos que posibilitarían, en años sucesivos, el desarrollo de las Unidades y Áreas de Gestión Clínica tanto en el ámbito de la Atención Primaria como de la Especializada.

Fruto de este proceso, en marzo de 2009 el Consejo de Gobierno del Principado de Asturias aprobó la creación de cinco Unidades de Gestión Clínica (UGC) en Atención Primaria, como centros piloto del proyecto.

El 23 de julio de 2009 se daba un paso definitivo para el proyecto, al publicarse en el Boletín Oficial del Principado de Asturias (Decreto 66/2009, de 14 de julio, BOPA 23 de julio de 2009)¹ la regulación de la estructura y funcionamiento de las áreas y UGC del Servicio



de Salud del Principado de Asturias; en el que se sientan las bases para el desarrollo de las Áreas y Unidades de Gestión Clínica; definiendo estas como el nuevo modelo de organización asistencial del Servicio de Salud del Principado de Asturias que pretende mejorar las prestaciones sanitarias que se ofrecen a los ciudadanos, en un marco de mayor calidad y eficiencia.

Objetivos del proyecto

Objetivo general

Mejorar la eficacia, eficiencia, calidad y sostenibilidad del sistema sanitario, impulsando un nuevo modelo organizativo centrado en el paciente y basado en la gestión clínica y en la gestión de la calidad.

Objetivos específicos

1. Impulsar un nuevo liderazgo directivo basado en el liderazgo profesional y de gestión que sea capaz de impulsar a los miembros del equipo hacia la búsqueda de la mejora continua, la eficacia y eficiencia de las intervenciones y que promueva cambios en la organización del trabajo basados en la calidad y el beneficio del paciente.
2. Establecer con claridad y precisión los resultados clínicos, económicos y de calidad esperados, mediante el desarrollo de un instrumento de mejora, el acuerdo de gestión clínica, que identifique la producción clínica y los costes a ella asociados, el nivel de calidad a alcanzar, el grado de autonomía de gestión, así como los incentivos asociados al cumplimiento del acuerdo y los mecanismos para asignarlos.
3. Desarrollar un sistema de informa-

ción corporativo, accesible en tiempo real para los gestores y los profesionales, que dé soporte y permita una clara medición y evaluación del grado de cumplimiento del acuerdo de gestión clínica suscrito entre las partes y de los elementos de la práctica clínica susceptibles de mejora.

Alcance del proyecto

El presente artículo hace referencia a la experiencia piloto 2009 en las cinco UGC de Atención Primaria y los resultados obtenidos.

Metodología

El Servicio de Salud basó el proyecto de gestión clínica en Atención Primaria en seis herramientas metodológicas clave:

1. Un nuevo liderazgo basado en la colaboración de los profesionales y en la participación ciudadana.
2. Un sistema de delegación progresiva de responsabilidades.
3. El acuerdo de gestión.
4. La gestión de la calidad.
5. Un sistema normalizado de información y unos mecanismos de evaluación.
6. Transparencia: difusión y *benchmarking*.

1. Nuevo liderazgo basado en la colaboración de los profesionales y la participación ciudadana

Este nuevo liderazgo se sustenta en tres pilares:



1a. Liderazgo participativo

1b. Empoderamiento de los profesionales

1c. Empoderamiento de los ciudadanos

1a. *Liderazgo participativo*

Se desarrolló la figura del Director de UGC, regulada mediante el decreto referido, manteniéndose la de Responsable de enfermería y promovándose la creación, con carácter funcional, del Coordinador/a de calidad.

Otro hecho relevante fue la creación del Consejo de Dirección, como órgano colectivo de decisión, asesoramiento y participación de la UGC, formado por profesionales en representación de todos los colectivos (sanitarios y no sanitarios) de la Unidad.

1b. *Empoderamiento de los profesionales*

Los profesionales de la UGC son el auténtico motor del cambio. Los mecanismos que promovieron que los profesionales asuman su papel clave fueron:

- Acciones formativas dirigidas a todos los profesionales implicados.
- Participación voluntaria en el proyecto.
- Ratificación individual del acuerdo de gestión de la UGC (firma).
- Desarrollo de objetivos personales, decididos por el profesional y ratificados mediante firma, vinculando parte de los incentivos a los objetivos personales.

1c. *Empoderamiento de los ciudadanos*

Se desarrollaron estrategias orientadas a mejorar la participación ciudadana en el funcionamiento de la UGC, siendo la más relevante la constitución y entrada en funcionamiento del Consejo de Salud de Zona en el ámbito de cada Unidad.

Además, se promovió la utilización de encuestas de satisfacción en el ámbito del centro de salud con el fin de incorporar sus resultados al proceso de toma de decisiones de la UGC y del Consejo de Salud.

2. *Sistema de delegación progresiva de responsabilidades*

2a. *Modelo organizativo: fundamentos*

El modelo organizativo de Unidades y Áreas de Gestión Clínica fue desarrollado por el Área de Calidad del Subdirección de Gestión Clínica y Calidad, tomando como referente el Decreto 66/2009; para lo que se utilizaron los modelos y experiencias existentes en otras comunidades autónomas y se desarrollaron estrategias de novo en aquellos aspectos en los que los modelos externos no eran aplicables a la realidad de la sanidad asturiana.

2b. *Encuadramiento de las Unidades de Gestión Clínica*

Con el fin de consolidar los avances en eficiencia y calidad se diseñó un modelo de encuadramiento que atiende a tres niveles de calidad y tres niveles de delegación de gestión, de cuya confluencia surgen seis posibles encuadramientos, siendo el más básico el nivel 1A (nivel de calidad inicial, combinado con nivel de delegación de gestión básico) y el más avanzado el nivel 3C (nivel de excelencia en cali-



Figura 1. Modelo de encuadramiento de las Unidades de Gestión Clínica

Niveles de Calidad		Niveles de Gestión		
Excelencia (C)	↑	1C	2C	3C
Avanzada (B)		1B	2B	
Inicial (A)		1A		
Calidad		Básica (1)	Avanzada (2)	Máxima (3)
		→ Gestión		

dad y delegación máxima de gestión) (Figura 1).

2c. Avance en el encuadramiento

El avance de un nivel de encuadramiento a otro vendría determinado por el cumplimiento inexcusable de tres grupos de objetivos e indicadores de:

- Contrato-Programa del SESPA, adaptados a la UGC (servicios asistenciales que presta la UGC).
- Contrato de Calidad, según el nivel de calidad que corresponda (A, B, C).
- Gestión (gestión de recursos humanos, materiales y financieros).

El avance, y la asunción de nuevas responsabilidades, solo era posible si se obtenían resultados en los tres grupos, tal que servicios, calidad y gestión se interrelacionan y hacen interdependientes.

Las cinco UGC piloto se encuadraron en el nivel más básico: 1A.

3. El Acuerdo de Gestión

3a. Acuerdo de Gestión: fundamentos

El Acuerdo de Gestión (AG) es el documento donde se expresan todos los aspectos reseñables, los compromi-

tos, objetivos y resultados esperados de una Unidad de Gestión Clínica para un período anual (año natural). Se trata por tanto de la herramienta fundamental para la gestión del día a día, por parte de la UGC. En él se expresa la voluntad conjunta, de éxito del proyecto, de los profesionales de la UGC, del equipo directivo de la Gerencia de Atención Primaria y de los servicios centrales del SESPA.

Sobre un modelo general de acuerdo de gestión desarrollado desde los Servicios Centrales, las Gerencias de Atención Primaria correspondientes y los Equipos de Atención Primaria de las futuras cinco UGC, personalizaron y adaptaron su propio Acuerdo de Gestión 2009.

3b. Estructura del Acuerdo de Gestión

El Acuerdo de Gestión se divide en dos grandes bloques:

- Acuerdos de Gestión que afectan a la UGC en su conjunto; y que comprendían objetivos a alcanzar en los tres bloques: a) de servicios asistenciales; b) de calidad, y c) de gestión económica y de las personas.
- Compromisos individuales (objetivos e indicadores de desempeño firmados por cada profesional de la UGC).



4. La Gestión de la Calidad

4a. El SINOC

Acorde con el diseño propuesto se hacía preciso disponer de un modelo de calidad que permitiera una gestión progresiva de la misma.

Se optó por el desarrollo de un modelo adaptado a las necesidades del sistema sanitario público, que se nutre de los modelos ISO, EFQM y *Joint Commission*.

El SINOC, Sistema de Información Normalizado para los Objetivos de Calidad (DL AS-1636-2009) está organizado en dos grandes áreas (pacientes y organización), con un total de 33 objetivos explicitados en 93 indicadores de desempeño.

El logro de estos objetivos es progresivo y acorde con el nivel de avance en calidad (A, B, C); tal que a cada nivel de gestión (del 1A al 3C) le corresponde una batería (progresivamente mayor) de objetivos de calidad e indicadores de desempeño.

A su vez se diseñaron estrategias para el despliegue de los indicadores: diseño y seguimiento de los mismos), aplicando como herramienta fundamental el DAIME (Documentado-Aprobado-Implantado-Monitorizado-Evaluado).

4b. La Calidad a alcanzar por las Unidades de Gestión Clínica

En el nivel 1A cada UGC debía desplegar 27 indicadores: 21 comunes a todas, y seis a elegir de entre una batería de 36 ofertados para este nivel.

Los 21 indicadores comunes en el nivel A de Calidad abordan aspectos clave relacionados con la los derechos del paciente, la seguridad, el control de

riesgos, los planes de autoprotección, la participación ciudadana y la autoorganización de la UGC.

5. Sistema normalizado de información y mecanismos de evaluación

Se diseñaron tres subsistemas de información, con el fin de permitir un seguimiento regular de los tres bloques del acuerdo de gestión.

5a. SIAP: seguimiento de los servicios asistenciales que presta la UGC

El Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP) es una herramienta online, disponible vía Intranet corporativa del SESPA, que permite a director/a de la UGC conocer, en tiempo real la evolución, para el conjunto de la UGC, de los objetivos e indicadores asistenciales, y a cada profesional conocer sus propios resultados. Permite además comparaciones con otros Equipos de Atención Primaria, con el Área Sanitaria y con los resultados del SESPA en su conjunto.

5b. Informe de Auditoría: seguimiento de los indicadores de calidad

La monitorización de la calidad se realizó a través de auditorías trimestrales, que incluyeron la evaluación de la documentación generada y una evaluación in situ a instalaciones, consultas y entrevista a los profesionales de la UGC.

Las auditorías las llevó a cabo el equipo de auditores de calidad de los Servicios Centrales del SESPA. Los resultados de las mismas se expresaron en un Informe de auditoría, utilizado como base de mejora de la UGC y fuente de evaluación de la auditoría siguiente.



5c. Fichas de Gestión: seguimiento de los indicadores de gestión

Para el seguimiento de las partidas económicas delegadas, la Oficina Presupuestaria del SESPA elaboró un sistema unificado de fichas de gestión, en formato Excel, cumplimentado por las Direcciones de Gestión de las Áreas correspondientes, en base a varias fuentes de información, y que permitía a la UGC el seguimiento mensual, bimestral o trimestral (según el caso) de los resultados.

Evaluación anual de resultados

Esta se diseñó en tres fases y para cada UGC:

- 1.ª Autocomunicación de resultados por parte de la UGC y su Gerencia de Área (según modelo normalizado).
- 2.ª Contraste-verificación de resultados (desde Servicios Centrales).
- 3.ª Reunión tripartita (UGC, Gerencia, Servicios Centrales) de cierre de resultados, aprobándose el Informe-Propuesta de avance en el encuadramiento (gestión y calidad) y de percepción de incentivos vinculados a objetivos.

La evaluación del proyecto 2009 tuvo lugar entre el 10 de enero y el 15 de febrero de 2010.

6. Transparencia: difusión y benchmarking

Se diseñaron dos estrategias para asegurar la transparencia del proyecto, tanto en fases intermedias como de resultados de la experiencia piloto.

6a. Difusión

Esta se desarrolló por tres vías:

- Comunicación pasiva, a través de noticias en los medios de comunicación.
- Comunicación activa, a través del portal del SESPA www.astursalud.es (área de gestión y calidad).
- Comunicación interactiva, a través de foros y jornadas, propiciando el debate con los profesionales implicados en el proyecto, celebradas entre diciembre de 2009 y marzo de 2010, y con la participación de más de 550 profesionales sanitarios.

6b. Benchmarking

Se diseñó una herramienta normalizada que permite, de forma voluntaria, a un equipo de Atención Primaria, compararse con los resultados obtenidos por las UGC en el año 2009. Los resultados de este proceso se conocerán en el último trimestre del 2010.

Resultados alcanzados

Escenario del proyecto

Los centros de salud seleccionados para la experiencia piloto fueron: Treviás (Área 1), Luanco (Área 3), La Fresneda (Área 4), Arriondas (Área 6) y Ribadesella (Área 6) (Tabla 1).

Resultados clave

1. Liderazgo participativo y empoderamiento de los profesionales

El 92,7% de los profesionales firmó su adhesión al Acuerdo de gestión y sus objetivos personales para el año 2009.

El 82,9% de los profesionales cumplieron los objetivos personales que ha-



Tabla 1. Estructura de las UGC seleccionadas

UGC	Fecha constitución	Población atendida	Profesionales
Arriendas	20 abril 2009	5805	15
La Fresneda	21 abril 2009	6288	14
Luanco	29 abril 2009	9679	22
Ribadesella	27 mayo 2009	6195	12
Trevías	3 julio 2009	4579	19
Total		32 546	82

bían firmado en el Acuerdo de Gestión.

Las cinco UGC constituyeron su equipo directivo y sus consejos de dirección.

El 97,4% participó en al menos una actividad de formación externa relacionada con el proyecto. Además se impartieron un total de 174 horas de formación interna (conjunto de las cinco UGC).

Encuesta de Liderazgo

Además, y con el motivo de las actividades formativas externas, en el mes de noviembre de 2009, se realizó una encuesta de liderazgo a los profesionales de las UGC. Se obtuvieron 62 encuestas (tasa de respuesta del 79%). De los resultados obtenidos destacan:

- Un alto grado de reconocimiento del liderazgo formal de la UGC (¿quiénes son el director de la UGC, el responsable de enfermería, el responsable de calidad?). Puntuación media superior al 85% (rango 54,5-100).
- Un elevado grado de satisfacción sobre el flujo de comunicación e información en el equipo. Media superior al 80% (rango 66,6-100).

- Un alto porcentaje de profesionales que aprueban positivamente su actitud hacia la gestión clínica. (¿cómo valoras tu actitud hacia la gestión clínica?). Puntuación Media superior al 85% (rango 78-100).

2. Empoderamiento de los ciudadanos

En todas las zonas de salud se constituyeron los Consejos de Salud de Zona, con participación de las instituciones públicas y las organizaciones sociales y vecinales.

Encuesta de Satisfacción

Cada UGC realizó, en el último trimestre del año 2009, una encuesta de satisfacción a sus usuarios; utilizando para tal fin un modelo de encuesta de 14 preguntas, basado en las encuestas de satisfacción a los usuarios que ha venido realizando la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios desde el año 2006. La encuesta fue realizada por personal ajeno a la UGC, con el fin de no mediatizar los resultados de los usuarios.

Los resultados de las UGC resultados se compararon con los resultados obtenidos para el conjunto de Asturias en la última encuesta disponible (2008).



Resultados de la encuesta: para el conjunto de las cinco UGC se obtuvieron 310 encuestas.

De forma generalizada, y en todas las preguntas formuladas, las UGC obtuvieron unos mejores resultados que la media de Centros de Salud de Asturias. La Tabla 2 muestra los resultados de la "Valoración Global de la Atención Recibida"

3. Resultados de los Servicios Prestados (Cartera de Servicios)

El contrato-programa evalúa todos los aspectos relacionados con una asistencia a los ciudadanos más eficiente y eficaz.

Se miden así, el grado de control de los pacientes diabéticos, hipertensos, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, terminales, inmovilizados, niños con asma, tasas de vacunación, derivación a los hospitales, peticiones de pruebas de laboratorio y radiología, etc.

Los resultados de las cinco UGC se compararon con los obtenidos por las ocho Áreas Sanitarias y por Asturias, otorgando a cada uno un resultado entre 0 y 100 puntos (siendo 100 la máxima puntuación posible).

Resultados de la Cartera de Servicios: se evaluaron un total de 55 indicadores.

Conjuntamente las cinco UGC obtuvieron una puntuación seis puntos superior al resultado para Asturias. Cuatro de las cinco UGC obtuvieron puntuaciones superiores a la de su Área Sanitaria correspondiente y a la de Asturias. La otra UGC se quedó a tres décimas del resultado obtenido por su Área Sanitaria (Tabla 3).

4. Resultados en la Gestión de la Calidad

A través del Contrato de Calidad, cada UGC se comprometía al desarrollo de una serie de acciones de mejora, hasta ahora no abordadas de forma generalizada en los centros de salud de Asturias.

Para el primer año de funcionamiento de las UGC se exigía el desarrollo de al menos 17 de las 27 acciones planteadas (60%).

Resultados: todas las UGC superaron con creces el 60% planteado (60 puntos sobre 100), alcanzando de forma generalizada una puntuación superior a 80 (Tabla 4).

Ello implica, y así hasta 27 acciones más, que todas las UGC:

1. Han desarrollado su Plan de Incendios y Evacuación.
2. Han realizado un Simulacro de Evacuación.

Tabla 2. Valoración global de la atención recibida por los usuarios

UGC	Muy mala	Mala	Normal	Buena-muy buena
Arriendas	0	0	9,8	90,2
La Fresneda	0	0	30	60
Luanco	0	1	18	81
Ribadesella	0	0	2,5	97,5
Trevías	0	0	9	91
Media de Asturias	0,6	2,9	34	62,5



Tabla 3. Resultados de la Cartera de Servicios

UGC	Puntuación obtenida por la UGC	Media de su Área Sanitaria	Media de Asturias
Arriendas	93,02	81,07	84,14
La Fresneda	83,44	83,70	
Luanco	94,80	85,44	
Ribadesella	91,84	81,07	
Trevías	90,04	80,63	
Las cinco UGC	90,62	–	

- | | |
|---|--|
| <p>3. Han constituido e iniciado actividades del Consejo de Salud de Zona.</p> <p>4. Han establecido el “Mapa de Riesgos de las instalaciones” y realizan la Supervisión de las misma.</p> <p>5. Cuentan con un Responsable de Calidad, que gestiona su Plan de Calidad.</p> <p>6. Tienen un Plan común de “Qué es una consulta bien organizada”.</p> <p>7. Tienen normalizado el “control de la infección” en el centro de salud.</p> <p>8. Tienen normalizada la Gestión de sus almacenes y botiquines.</p> | <p>Se definieron cuatro objetivos económicos que las UGC debían cumplir (los tres últimos correspondientes a las partidas económicas delegadas):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Su presupuesto general para el año 2009. 2. Ahorro en el gasto de farmacia por receta. 3. Ahorro en el conjunto de: gestión de personal (sustituciones del personal), productos sanitarios utilizados y dispensados en el centro y almacenes. 4. Ingresos por facturación por prestación de servicios a terceros. |
|---|--|

5. Resultados de Gestión

A las UGC se le delegaron funciones de carácter presupuestario y de organización de la actividad asistencial.

Resultados: la eficiencia presupuestaria de las UGC fue del 5,4% de las partidas delegadas en la gestión, produciéndose un superávit de 615 403 euros; el 57,5% correspondiente a far-

Tabla 4. Resultados en la Gestión de la Calidad

UGC	Puntuación obtenida por la UGC
Arriendas	88,8
La Fresneda	90,9
Luanco	100,0
Ribadesella	81,7
Trevías	86,4