

UDGC: RADIOLOGÍA
AULA Dr. DIEGO FALCÓN
HU. GRAN CANARIA Dr. NEGRÍN

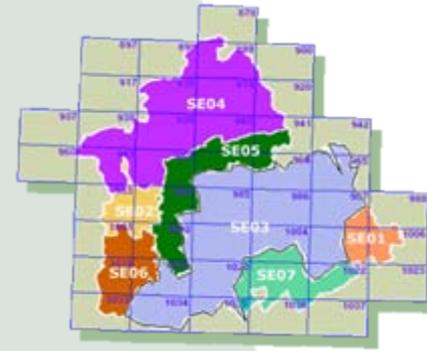


UDGC DE RADIOLOGÍA

INTRODUCCIÓN

HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN





Contexto hospitalario

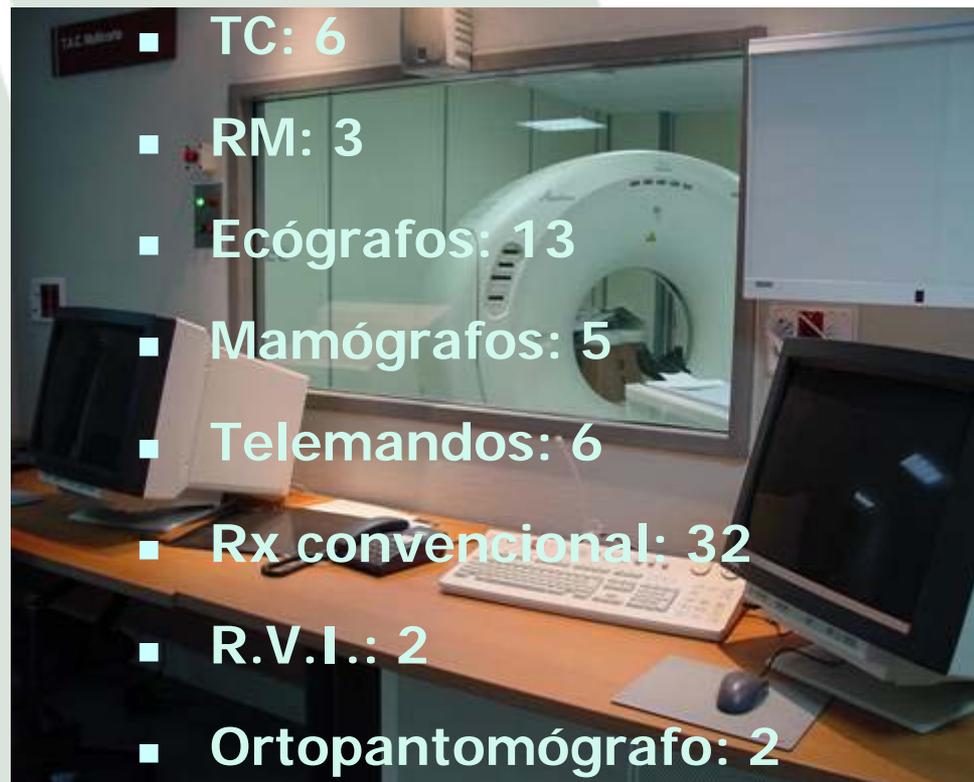
- Población como Hospital de asistencia directa: 1.032.915
- Población de referencia: 1.348.977
- Plantilla: 8.16
- Presupuesto: 453.270.824 €
- Índice de complejidad: 1,96
- Camas instaladas: 1.521
- Quirófanos: 50
- Locales Consultas Externas: 277+98
- Facultativos: 1.012
- MIR: 420
- Ingresos: 53.423
- Urgencias atendidas: 305.757
- Int. quirúrgicas: 63.736
- Consultas Externas: 1.033.894





UDGC RADIOLOGÍA 2.010

- Rx Conv.: 503.689
- TC: 60.471
- RM: 17.808
- Ecografías: 56.102
- Plantilla: 267
- Presupuesto Capítulo I:
8.870.000 €
- Presupuesto Capítulo II:
5.950.000 €





UDGCs DE RADIOLOGÍA

GESTIÓN:

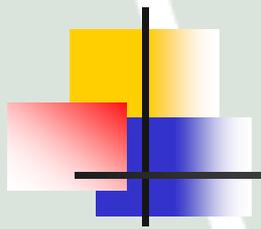
- Coordinar y motivar a un grupo de personas para alcanzar determinados objetivos.

CLÍNICA:

- Toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas. Hacer bien lo que hay que hacer (decisión coste-efectiva)
 - ❖ **Fundamento científico**
 - ❖ **Mejora del bienestar del Ciudadano**
 - ❖ **Dimensión social (recursos)**



DIRECTIVOS



**REDUCIR
DEMORAS**

EFICACIA

DISMINUIR IT

**REDUCCIÓN
RECLAMACIONES**

DEMANDAS

**CONTENCION
GASTO**



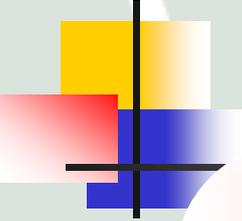
**AUMENTO
PRODUCCIÓN**

**CONTENCIÓN
RR HH**

EFICIENCIA



JEFES SERVICIOS



DELEGACION

CAPACIDAD
CONTRATACION

CAPACIDAD
ORGANIZACIÓN

TRANSPARENCIA

DEMANDAS

RECURSOS

FINANCIACIÓN

PARTICIPACIÓN

GESTIÓN
DESCENTRALIZADA

CREDIBILIDAD



ESTRATEGIAS FACILITADORAS

BASADAS EN TRES EJES

EL PACIENTE



LOS PROFESIONALES

LAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

PROCESO CÍCLICO PARA EL CAMBIO DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

1. Desarrollar la propuesta de cambio

2. Identificar los obstáculos al cambio

3. Desarrollar una estrategia de intervención "a medida"

4. Establecer un plan

5. Llevar a cabo el plan y evaluar el progreso

■ *Grol R. BMJ 1997; 315:418*

REORIENTACIÓN: ESTRATEGIA DEL CAMBIO

Diálogo

Consenso

Compromiso

Responsabilidad

Coherencia

Flexibilidad

SIN RUIDOS





UDGC
METODOLOGÍA



REQUISITOS APROBACIÓN DE UGC (SS CC. SAS.)

- Disponer de SI con capacidad para garantizar la validez de los datos que configuran la evaluación y seguimiento del presente Acuerdo
- Posibilitar la explotación de todos los SI, actuales y futuros, que sean necesarios para monitorizar el funcionamiento de las UGC
- Tener capacidad para descentralizar en las UGC los gastos variables en Cap. I y II, al menos para posibilitar el cumplimiento del apartado de autonomía de gestión de la "Regulación del Funcionamiento de la Unidad"

Fuente: SS. CC. SAS

REQUISITOS APROBACIÓN DE UGC (SS CC. SAS.)

- Realizar el reparto entre los distintos servicios de la totalidad de los objetivos de costes que anualmente le autorice la Dirección Gerencia del SAS.
- Tener capacidad para dar de alta a la UGC, como centro de responsabilidad en el COAN-hyd.
- Aportar la información relacionada con la gestión económica de la UGC en el periodo de tiempo acordado con el responsable de la misma

Fuente: SS. CC. SAS

REQUISITOS APROBACIÓN DE UGC (SS CC. SAS.)

- La Unidad debe fijar el número y perfil de los Profesionales necesarios para garantizar el cumplimiento de los objetivos que se marquen
- La UGC debe asegurarse de que los integrantes de la misma conozcan los objetivos recogidos en el presente acuerdo
- La atención de los pacientes y familiares debe regirse por los derechos y deberes de los usuarios
- La UGC debe garantizar la utilización adecuada y necesaria de los SI disponibles y / o facilitar la información clínica necesaria para posibilitar su monitorización y evaluación.

Fuente: SS. CC. SAS

REQUISITOS APROBACIÓN DE UGC (SS CC. SAS.)

- El trabajo de las UGC debe organizarse siguiendo procedimientos de **protocolización** para abordar la actividad asistencial más frecuente
- La Unidad debe utilizar criterios claros y explícitos para justificar la **necesidad** de incorporar aquella **tecnología** que mejore su actividad.
- La Unidad debe disponer de un procedimiento para asegurar que cada uno de los pacientes sometidos pruebas diagnósticas firmen el **PCI**.
- Las **actividades investigadoras**, si las hubiere, de la UGC deben registrarse por los principios éticos (Declaración de Helsinki) y contar con la aprobación del "Comité de Ética e Investigación del Centro Sanitario"

Fuente: SS. CC. SAS

ELEMENTOS ORGANIZATIVOS

- **DECRETO REGULADOR**
- **COMITÉ DIRECTOR**
- **COMPETENCIAS**
- **RESPONSABILIDADES**
- **PLANIFICACIÓN**
- **RR HH RR MM**
- **PLANES DE REPOSICIÓN**
- **PLAN DE CALIDAD**
- **RIS**
- **PACS**
- **SISTEMA CONTABILIDAD**
- **NEGOCIACIÓN**
- **OBJETIVOS**
- **EVALUACIÓN**
- **INCENTIVOS**
 - ❖ **PERSONALES**
 - ❖ **UNIDAD**

FASE PREVIA: DOCUMENTO DE ACUERDO

■ NEGOCIACIÓN CONSENSO

■ PARTICIPACIÓN:

- ❖ COMITÉ DIRECTOR UDGC
- ❖ EQUIPO DIRECTIVO
- ❖ COMISIÓN DE CALIDAD HOSPITAL
- ❖ UNIDAD EVALUACIÓN Y SII

■ ELABORACIÓN

- ❖ DIMENSIONES
- ❖ OBJETIVOS
- ❖ LÍMITES
- ❖ PESOS

■ PERÍODO DE VIGENCIA



ORGANIZACIÓN: COMITÉ DIRECTOR



FUNCIONES COMITÉ DIRECTOR

- ESTABLECER NECESIDADES DE APOYO ENTRE ÁREAS SANITARIAS
- NUEVAS TÉCNICAS
- DEFINIR CAPACIDADES DE TRABAJO DE CADA ÁREA
- PROPONER CONTRATACIÓN RR HH Y RR MM
- ELABORACIÓN PLANES VACACIONES: ORGANIZACIÓN
- DISEÑO COORDINACIÓN PLAN DE CALIDAD Y CONTINGENCIA
- PLANES DE FORMACIÓN
- GUÍAS DE INDICACIONES CLÍNICAS DE EXPL. RADIOLÓGICAS
- (PNT) PROTOCOLOS NORMALIZADOS DE TRABAJO
- CONTROL FASES PROCESO RADIOLÓGICO
- CONTROL DE CALIDAD DE INFORMES Y EXPLORACIONES

COMPETENCIAS DIRECTOR UDGC

- **Dirigir y organizar** la Unidad, con el fin de alcanzar los objetivos establecidos en el Acuerdo de Gestión.
- **Establecer**, de acuerdo con la Dirección del Hospital /AGS los **horarios, los turnos y la distribución de funciones** de la Unidad que permitan lograr el cumplimiento de los objetivos establecidos.
- **Decidir el reparto de los incentivos** correspondientes a cada integrante de la Unidad una vez realizada la evaluación de la misma.
- **Proponer** a la Dirección del Hospital/ AGS la **contratación de bienes y servicios** para la Unidad, **participando** en la elaboración de los informes técnicos correspondientes. Estas propuestas se realizarán de acuerdo a la normativa de aplicación vigente y a la disponibilidad presupuestaria.
- **Negociar** con la Dirección Gerencia del Hospital/AGS el **acuerdo de gestión clínica**

Fuente: SS. CC. SAS

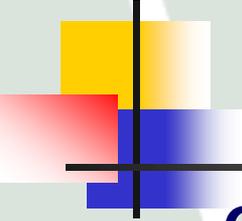
A large, multi-story hospital building with a central tower and a dome, surrounded by palm trees and a green lawn. The word "HOSPITAL" is visible on the building's facade.

UDGC RADIOLOGÍA

OBJETIVOS



OBJETIVOS (SS CC.)



OBJETIVOS COMUNES

60%

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

40%

Responden al enfoque estratégico de la Organización.

“Todos los miembros de la UGC, **firmarán el Acuerdo de Objetivos**, donde se especificará la relación nominal de los miembros de equipo, categoría y vinculación laboral, así como todos los objetivos”



Fuente: SS. CC. SAS

OBJETIVO "SEMÁFORO"

Ninguna UGC percibirá los incentivos ligados a este acuerdo, si no ha mantenido los niveles de **ACCESIBILIDAD** establecidos en los decretos 209/2001 y 96/2004. (DECRETO DE GARANTIA DE DEMORAS DE **EXPLORACIONES RADIOLÓGICAS**) (Sin menoscabo de que el CRP pueda percibirse).

Fuente: SS. CC. SAS

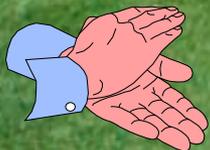
OBJETIVOS "SEMÁFORO"

% Objetivos logrado	% Incentivos correspondientes
< 59 %	0 %
60-69 %	30 %
70-79 %	60 %
80-89 %	80 %
90-95%	90 %
> 95%	100 %

Fuente: SS. CC. SAS



OBJETIVOS
¿cómo lo hacemos?

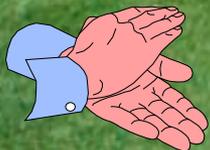


Peso Dimensión	Dimensión	Objetivos	Fuente	Fórmula	Metodología	Tipo (CL/CT)	Límite sup	Límite inf
20%	Actividad y Rendimiento	1: Rendimiento efectivo salas de RM		Promedio de exploraciones por sala y turno	Registro	CT	14	10
		2: Rendimiento efectivo salas de TAC	RIS	Promedio de exploraciones por sala y turno	Registro	CT	20	16
20%	Accesibilidad	1: No habrá pacientes con cita asignada por encima de 30 días desde la fecha del registro de la solicitud, en los procedimientos incluidos en el Decreto	INFHOS	Nº de citas asignadas por Prueba en menos de 30 días x 100 / Total de citas asignadas por Pruebas	Registro	CL	Cumple	No cumple
		2: % de pruebas realizadas con respuesta inmediata de Rx Convencional	RIS	nº de pruebas efectuadas en el día en consultas de especialidades (Pree anestesia, Onco, Trauma) excluyendo urgentes y Preferentes	Registro	CT	30	15
		3: Demora máxima de ecografía inferior a 18 días	RIS/INFHOS	nº medio de días entre registro y reaización	Registro	CT	8	18
5%	Seguridad del paciente (circunstancias adversas)	1: Implementación de archivo específico para reacciones adversas y extravasaciones en pacientes de la UDGC.	Hoja de continuidad de cuidados en UDGC Radiología	Informe semestral enviado a Subdirección de CC DD	Registro Propio	CL/CT	Cumple (2)	No cumple (1)
		2: Difusión del manual de Dosimetría de pacientes	Control por la Comisión de Calidad de la UDGC de radiología	Evidencia positiva de la difusión	Registro propio	CL	Cumple	No cumple
15%	Planes y Herramientas de mejora. Indicadores Clínicos y Normas de Calidad	1: Normas de calidad de los procesos asistenciales en los que este implicado.: ACV	CMBD con diagnostico principal (CIE9-MC) definidos en el proceso (Evaluación de las Normas de calidad de los procesos asistenciales)	Nº de pacientes con ACV en los que se ha realizado TAC de cráneo en las primeras 6 horas y cuya valoración inicial presente: Ictus en evolución o progresivo, Complicaciones sistémicas/neurológicas, Modificaciones de actuación diagnostico/terapéutico X 100	Registro Proceso Asistencial/ Auditoria Historia Clínica	CT	75	50
		2: Norma de calidad de los procesos asistenciales integrados: Demora inferior a una semana para haber finalizado los estudios complementarios de estadificación de cáncer de mama	CMBD /HISTORIA CLÍNICA	Número de pacientes con confirmación diagnóstica en el periodo evaluado, con estudio complementario de estadificación inferior a 1 semana x100/ Total de pacientes en el mismo periodo, a los que se debe realizar estudio de estadificación según criterios	Registro Proceso Asistencial/ Auditoria Historia Clínica	CT	75	50

Peso Dimensión	Dimensión	Objetivos	Fuente	Fórmula	Metodología	Tipo (CL/CT)	Límite sup	Límite inf	Peso Objetivo
10%	Disminución de la variabilidad de la práctica clínica y uso adecuado de procedimientos	1: Seguimiento implantación de GPC indicaciones de TAC urgentes (cráneo y abdomen)	RIS REVISIÓN POR COMISIÓN CALIDAD UDGC RADIOLOGÍA	Informe semestral enviado a Subdirección de CC DD	Registro Propio	CL	Cumple	No cumple	5
		2: Implantación protocolos técnicos en Salas de TAC	RIS REVISIÓN POR COMISIÓN CALIDAD UDGC RADIOLOGÍA	Evidencia positiva de los Protocolos técnicos de TAC	Registro Propio	CL	Cumple	No cumple	2,5
		3: Implantación protocolos técnicos en Salas de RM	RIS REVISIÓN POR COMISIÓN CALIDAD UDGC RADIOLOGÍA	Evidencia positiva de los Protocolos técnicos de RM	Registro Propio	CL	Cumple	No cumple	2,5
15%	Orientación al ciudadano, satisfacción y personalización de la atención	1:Obtención del Consentimiento informado para todos aquellos procedimientos que lo requieran	Historia Clínica	Nº de CI recogidos en la HC de pacientes sometidos a procedimientos que lo requieranx100/nº total de HC de pacientes que hayan sido sometidos a procedimientos que los requieran	Auditoria de HC	CL (100%)	Cumple	No cumple	3,75
		2:Análisis de reclamaciones	Agora / Registro del Hospital.	Nº de reclamaciones X 1000 / Total de pacientes atendidos (las reclamaciones relacionadas con trato inadecuado de los profesionales, falta de intimidad, falta de información y confidencialidad)	Registro	CT	0	1	3,75
		3: Información a usuarios	Implantación folletos informativos/cartelería sobre exploraciones radiológicas	Evidencia postiva de entrega de folletos y presencia de carteles en salas de espera de la Unidad	Auditoría y acta de la Comisión de Calidad de la Unidad	CL (100%)	Cumple	No cumple	3,75
		4: Cumplimentación Hoja de Registro de continuidad de cuidados enfermeros	Hoja de continuidad de cuidados en UDGC Radiología	nº pacientes con registro cumplimentadox100/nº de pacientes que requieran intervención específica de enfermería (medios de contraste intravascular/intervencionismo)	Auditoría y acta de la Comisión de Calidad de la Unidad	CT	100	80	3,75
5%	Adecuación de la prescripción y consumo de fármacos	Optimización de contarte yodado (TAC) mediante la utilización en el 100% de bombas inyectoras	RIS	Coste total por actividad 2.008/ Coste total por actividad 2.007 -incremento coste contraste	Revisión Unidad de COANH	CT	0,9	1,10	5
5%	Gestión Económica	Coste URV	RIS	Mantenimiento coste URV histórico año 2.007 Relacionado con actividad realizada	Revisión Unidad de COANH	CT	0%	10%	5
20%	Gestión de Profesionales y del conocimiento	Producción científica	Memoria Hospital DP UDGC	Puntos según modelo hospital (revisión nivel impacto revistas publicaciones)	Modelo HUVR	CT	7	1	5

A large, multi-story hospital building with a central tower and a dome, surrounded by palm trees and a green lawn. The word "HOSPITAL" is visible on the building's facade.

UDGC RADIOLOGÍA INCENTIVOS



¿cómo se reparte?

- Este complemento de Productividad al Rendimiento Profesional **primará la consecución de resultados del equipo y la Evaluación de Desempeño Profesional de cada profesional integrante del mismo por lo que en la evaluación se tendrán en cuenta:**
 - **80%** de las cantidades asignadas individualmente dependen de de la **consecución de resultados del Equipo, Servicio y/o Unidad**
 - Un **20%** de la cantidad acreditada para cada puesto de trabajo estará en función de la **Evaluación del Desempeño Individual**

- ❑ **En ningún caso** se realizará por medio de **asignaciones lineales**, ya sea por categorías, puestos de trabajo o similares
- ❑ El **responsable del reparto** de las cantidades asignadas: **Gerente** del Centro a propuesta del Responsable de la Unidad
- ❑ Si el periodo de **desempeño < semestre**, como consecuencia de un cambio de puesto de trabajo, el **importe según la valoración obtenida** se devengará en la **parte proporcional** correspondiente **al periodo** desempeñado en cada equipo
- ❑ En **ningún caso**, la percepción de las cantidades a que se refiere esta Resolución, **originará** ningún tipo de **derecho individual**

ÁMBITO DE REPARTO DE REMANENTES

En todos los casos el Reparto de Remanentes se realizará dentro de cada GRUPO (Asistencial/No Asistencial) y en cada CENTRO DE GASTO.

- Todo profesional debe estar integrado en una Unidad o Equipo de trabajo, no obstante se podrá participar de manera porcentual a **MÁS de una UNIDAD**
- 🕒 **No** se considerarán **periodo de desempeño** del puesto a efectos de valoración para la consecución del Complemento al Rendimiento Profesional en el periodo de evaluación, considerándose con efecto proporcional a la valoración que se obtenga, las siguientes ausencias reglamentarias en el puesto de trabajo: **Reducciones de Jornadas, situaciones de Incapacidad Temporal por Enfermedad Común, Permisos sin Sueldo y Excedencia**. Las demás ausencias reglamentarias y todas las relacionadas con la mejor conciliación de la vida personal, familiar y laboral, sí se considerarán periodos de desempeño del puesto a efectos del Complemento al Rendimiento Profesional
- **Eventuales y Sustitutos**, deberá prestar servicios por un periodo consecutivo => **4 meses** en la misma categoría, Equipo de trabajo, Servicio o Unidad
- **Liberados sindicales**, recibirá la cantidad que figura en las tablas, **no** participando en el **reparto de remanentes**
- Tanto los objetivos a evaluar como la cantidades que perciban cada profesional por este concepto, serán de **conocimiento publico**

Sistema de Incentivos

€ según categoría, y TIPO

Unidad (UGC; No_UCG)

80%

EQUIPO

% cumplimiento de Objetivos

REMANENTES EQUIPO

20%

**EDP
INDIVIDUAL**

% según nota de la
Evaluación individual

REMANENTES EDP

(Generados y distribuidos
entre los profesionales del
equipo; EDP > 5)

**Por encima del
60% de objetivos**

80%

20%

La **EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO PROFESIONAL** que realice **el JEFE** determinará la distribución del **20% del CRP** además de los **REMANENTES** que haya podido percibir la Unidad.





REPARTO DE INCENTIVOS
¿cómo lo hacemos?



CRITERIOS VALORADOS EDP (Todos los componentes UDGC Radiología)

NIVEL	PESO	CRITERIO
8/9/10	0,1	APRENDIZAJE Y MEJORA CONTINUA
5/6/7	0,1	TRABAJO EN EQUIPO
3/4	0,70	ORIENTACION A USUARIOS
0/1/2	0,1	ORIENTACIÓN A RESULTADOS

PROCEDIMIENTO: Entrevista personal "Voluntaria"

- "Firmada por Evaluador y Evaluado"
- Aspectos DESTACABLES / MEJORABLES
- Observaciones del "evaluado"
- Plan desarrollo individual (plan de mejora)
- Puntuación máxima 10



CRITERIOS VALORADOS FACULTATIVOS

CRITERIO	PUNTOS
CALIDAD ASISTENCIAL TECNOLOGÍAS	5
DOCENCIA/FORMACIÓN INVESTIGACIÓN	3
DISPONIBILIDAD/COLABORACIÓN	2

PROCEDIMIENTO:

- Bolsa **IMPERMEABLE**, común J Sección y Facultativos
- Media con EDP (CRP)
- Factor de corrección días trabajados: $365 = 1$
- Adjudicación al J Sección, Facultativo Max: 100
- Referencias resto en % al J Sección, Facultativo Max
- Listados resultados. Responsables área



CRITERIOS VALORADOS PSNF

NIVEL	FACTOR	CRITERIO
0	0,6	ACTIVIDAD TÉCNICA PURA
1	0,8	BAJA COMPLEJIDAD
2	1	MEDIA COMPLEJIDAD
3	1,2	ALTA COMPLEJIDAD
4	1,4	COMPLEJIDAD MÁXIMA

PROCEDIMIENTO:

- Bolsa **IMPERMEABLE** común SUPERV, DE, TER
- EDP (CRP) por FACTOR
- Factor de corrección días trabajados: $365 = 1$
- Adjudicación al SUPERV, DE, TER, AEFT Max: 100
- Referencias resto en % al SUPERV DE TER Max
- Listado resultados: Jefe de Bloque, Supervisores



CRITERIOS VALORADOS ADMINISTRATIVOS

NIVEL	FACTOR	CRITERIO
0	0,6	VOLUMEN PRODUCCIÓN CITAS/INFORMES
1	0,8	CALIDAD DE LA PRODUCCIÓN
2	1	NUEVAS TECNOLOGÍAS
3	1,2	DISPONIBILIDAD/COLABORACIÓN

PROCEDIMIENTO:

- Bolsa **IMPERMEABLE** común Responsable, ADM., AUX. ADM
- EDP (CRP) por FACTOR
- Factor de corrección días trabajados: $365=1$
- Adjudicación al Responsable, ADM., AUX. ADM Max: 100
- Referencias resto en % Responsable, ADM., AUX. ADM Max
- Listado resultados: Responsable Administrativos



CRITERIOS VALORADOS CELADORES

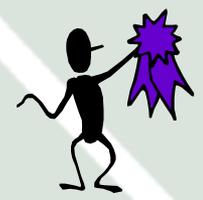
NIVEL	FACTOR	CRITERIO
0	0,6	TRABAJO EN EQUIPO
1	0,8	CAPACIDAD RESOLUTIVA
2	1	PARTICIPACIÓN EN LA UNIDAD
3	1,2	DISPONIBILIDAD/COLABORACIÓN

PROCEDIMIENTO:

- Bolsa **IMPERMEABLE** común Celadores
- EDP (CRP) por FACTOR
- Factor de corrección días trabajados: $365 = 1$
- Adjudicación al Celador Max: 100
- Referencias resto en % Celador Max
- Listado resultados: Responsable celadores



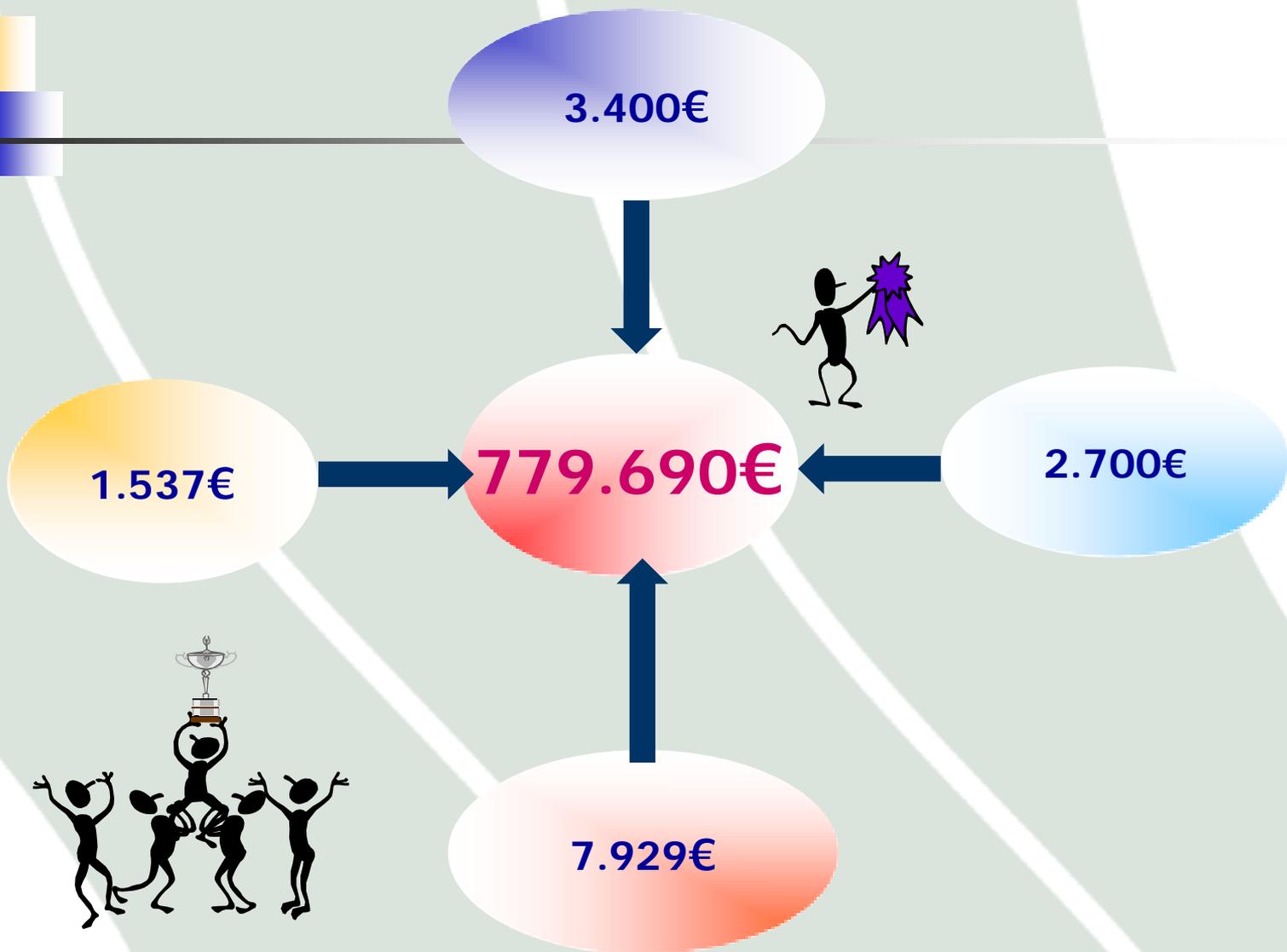
APORTACIÓN INCENTIVOS SS CC



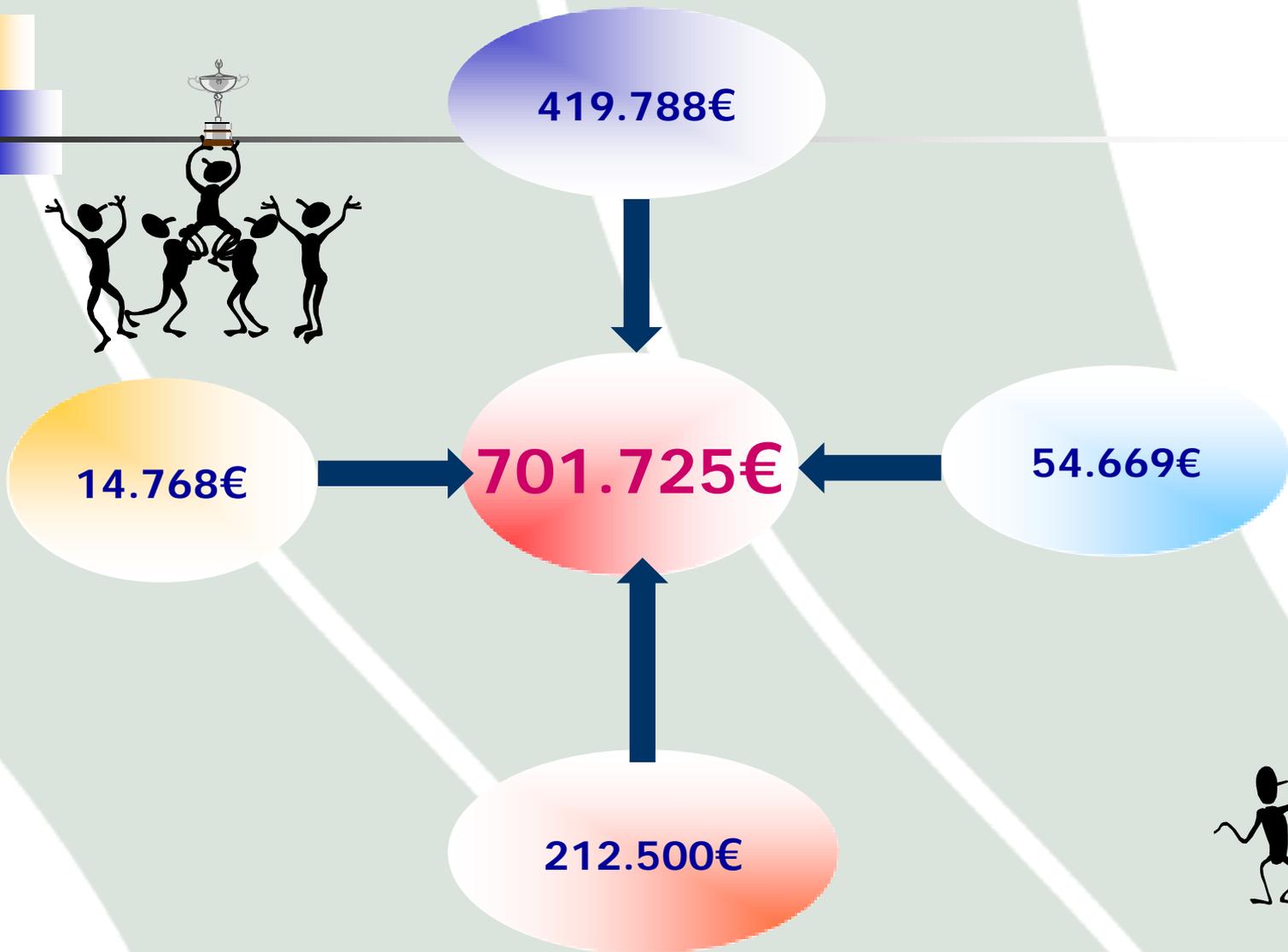
UDGC RADIOLOGÍA: PERSONAS



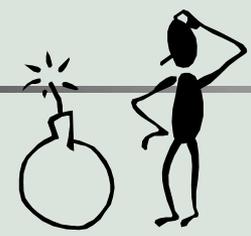
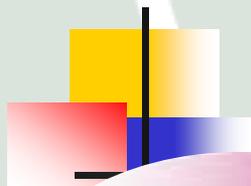
APORTACIÓN INCENTIVOS 100%



APORTACIÓN INCENTIVOS 90%



REPARTO INCENTIVOS CONSEGUIDOS: PERSONAL POR CATEGORÍAS



4.279

585

2.134

354

2.700

1.537

478

2.995

779.690
701.725

5.486

7.929

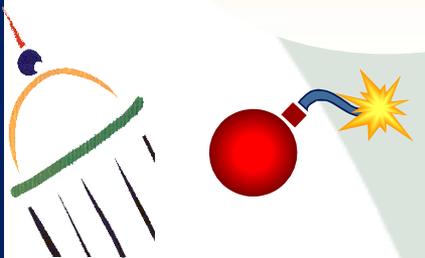
9.371

4.314

4.188

1.517
6.009

10.000
13.826





UDGC RADIOLOGÍA
RESULTADOS

UDGC DE RADIOLOGÍA

■ “Ilusión” de los Profesionales por la UDGC y la **acreditación**

- Incremento Sentimiento de “pertenencia”
- Mejora del clima laboral
- Implicación de más Profesionales
- Reducción de IT
- Creación de bases adecuadas para una mejora continua
- Mejora de la imagen de la Unidad ante nuestros clientes internos y externos
- Producción optimizada con aumento Índice Complejidad



UDGC DE RADIOLOGÍA

- Demoras inferiores a 15 días
- Incremento de la producción científica
- Mejora de la accesibilidad y la información a los usuarios
- Interrelación con Atención Primaria fluida
- Establecimiento de incentivos discriminatorios ligados a indicadores
- Puesta en marcha
 - ❖ PROTOCOLOS
 - ❖ GUÍAS
 - ❖ SEGUIMIENTO CASOS
 - ❖ PLAN DE CALIDAD



PUNTOS DÉBILES DEBILIDADES

Dificultad, por el volumen y la dispersión de la UDGC para la transmisión de la información a la totalidad de los componentes de la Unidad

- **Sistemas de Información (Aplicación Corporativa SSCC: GESIR)**
- **Déficit en el soporte/apoyo externo a la UDGC (información “abigarrada”, dispar, y poco procesada)**
- **Necesidad de incorporar Profesionales con perfiles “diferentes” (Ingenieros, Economistas,.....)**
- **Alta presión asistencial que dificulta la dinámica de reuniones y trabajos no “puramente” asistenciales**
- **Escasa capacidad operativa en la gestión asistencial y económica**

PUNTOS DÉBILES DEBILIDADES

- Escasa participación de la UDGC en la definición, solicitud, adjudicación, etc. del equipamiento
- Ausencia de Planes de Renovación tecnológica
- Criterios de planificación “opacos” y poco eficientes
 - ❖ Nivel de Complejidad del Centro
 - ❖ Niveles de Demanda
 - ❖ Niveles de producción eficientes
 - ❖ Plantillas adecuadas en número y cualificación
- Criterios de adjudicación poco transparentes
- RIS /PACS



PUNTOS DÉBILES

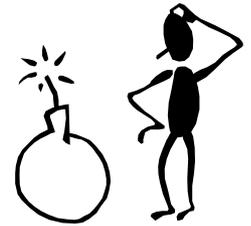
DEBILIDADES

- Sistemas de información deficientes
- Desconocimiento de
 - ❖ Estándares
 - ❖ Ratios de producción
 - ❖ Definición de plantillas
 - ❖ Métodos de análisis/medida
 - ❖ CIE-9
 - ❖ Dispersión de Aplicaciones



PUNTOS DÉBILES AMENAZAS

- Incrementos no controlados de la demanda
- Fallos tecnológicos no controlables
- Inseguridad para adquisición/reposición de tecnología por obsolescencia de los mismos
- Nivel de Competencia (FEAS, DE, TER)
- Implantación del PACS



PUNTOS FUERTES

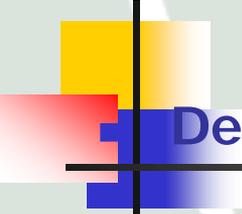
FORTALEZAS:

- Equipo de personas con capacidad para normalización y mejora de la comunicación
- Alta potencialidad para flexibilizar la organización operativa, orientándola al cumplimiento de objetivos
- Buen posicionamiento para asumir mayores demandas (*controladas*) por la capacidad productiva
- Proyecto PACS



PUNTOS FUERTES

OPORTUNIDADES:

- 
- **Descentralización efectiva y real**
 - **Participación real JS/DU toma decisiones**
 - ❖ **Contrataciones**
 - ❖ **Compras equipamiento/fungibles/mobiliario/.....**
 - ❖ **Reconsideración de los medios de contraste como NO fármacos**
 - **Fomentar la comunicación ED-UDGC**
 - **Posibilidad de acuerdos de gestión/pactos de consumo con otros Servicios/UGC que fomenten la eficacia-eficiencia-efectividad**



UDGC RADIOLOGÍA MODIFICACIONES



PROPUESTAS

RECURSOS MATERIALES:



■ Descentralización efectiva y real

■ Conocimiento y participación efectiva de los usuarios (JS/DU):

- ❖ Solicitud justificada de compra/reposición equipamiento
- ❖ Consideración de tipo de hospital, complejidad, producción, especialidades, etc. a la hora de comprar/implementar tecnologías
- ❖ Participación en los Comités asesores de compra de equipamiento

■ Publicación de concursos de equipamiento:

- ❖ Costes reales incrementados % adecuado que impliquen actualización de software anual y recompras de equipos en el tiempo a definir
- ❖ Equipos con los suplementos necesarios (bombas inyectoras, antenas...)



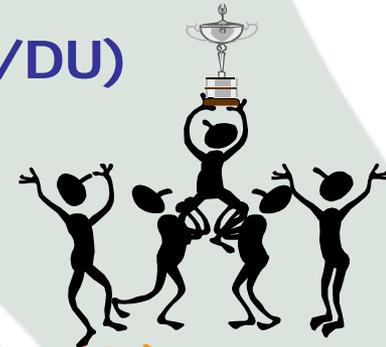
PROPUESTAS

RECURSOS HUMANOS:

■ Descentralización efectiva, real y agilización de las contrataciones (vacantes por jubilación IT de larga duración, vacaciones, permisos sin sueldo.....)

- Definición de perfiles de Profesionales
- Capacidad efectiva de contratación
- Conocimiento de las plantillas reales (JS/DU)
- Definición de las plantillas en base a

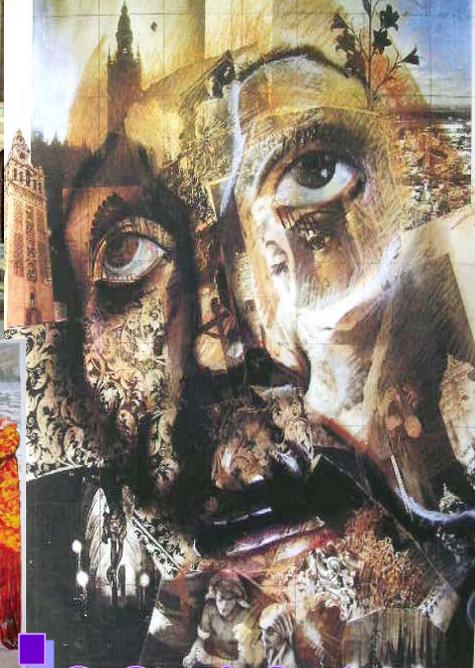
- ❖ Población asistida
- ❖ Tipo de hospital
- ❖ Demanda de exploraciones (Demanda/Frecuentación)
- ❖ Docencia
- ❖ Índice de complejidad



PROPUESTAS

- **DECRETO REGULADOR**
- **DESCENTRALIZACIÓN REAL Cap I y II**
- **AUTÉNTICA NEGOCIACIÓN**
- **CONSENSO**
- **IMPLICACIÓN Y CONFIANZA**
- **PARTICIPACIÓN ELABORACIÓN**
 - ❖ **OBJETIVOS / DIMENSIONES**
 - ❖ **LÍMITES**
 - ❖ **PESOS**
- **% INCENTIVOS destinados a UDGC**
 - ❖ **EQUIPAMIENTO**
 - ❖ **FORMACIÓN**





Gracias por vuestra atención



Muchas gracias por vuestra atención

