



Acreditación UGC RADIOFÍSICA HOSPITALARIA
H. U. PUERTA DEL MAR
CÁDIZ, 2023-2024





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Red andaluza de
servicios sanitarios y espacios
LIBRES DE HUMO



Hospital Universitario Puerta del Mar - Cádiz



¿QUÉ ES LA CERTIFICACIÓN ACSA ?

- **Herramienta metodológica**
- Comprobar en qué medida las actividades que se realizan en una UGC se ajustan a unas normas de calidad
- Ofrece un reconocimiento público y expreso a aquellas unidades sanitarias que las cumplen y demuestran
- Pone en valor el compromiso de las unidades por mejorar sus procesos y la seguridad y la calidad de la atención que prestan a los pacientes





Beneficios de la Certificación

**Organización
y sus profesionales**

Ciudadanos





8 beneficios de la certificación



Los estándares son una **herramienta de ayuda a la gestión** eficiente y efectiva de la unidad y a la planificación de la calidad del servicio ofrecido



Genera transparencia, visibilidad y confianza; en definitiva, reconocimiento externo

Permite iniciar ciclos de evaluación para **identificar desviaciones** o errores sobre lo planificado



Entorno seguro para profesionales y pacientes

Posibilita la **revisión de los flujos de trabajo**, optimizando los procesos



Aprendizaje colaborativo

Facilita la normalización de la práctica clínica



Permite **mejorar la calidad** y alcanzar mejores resultados





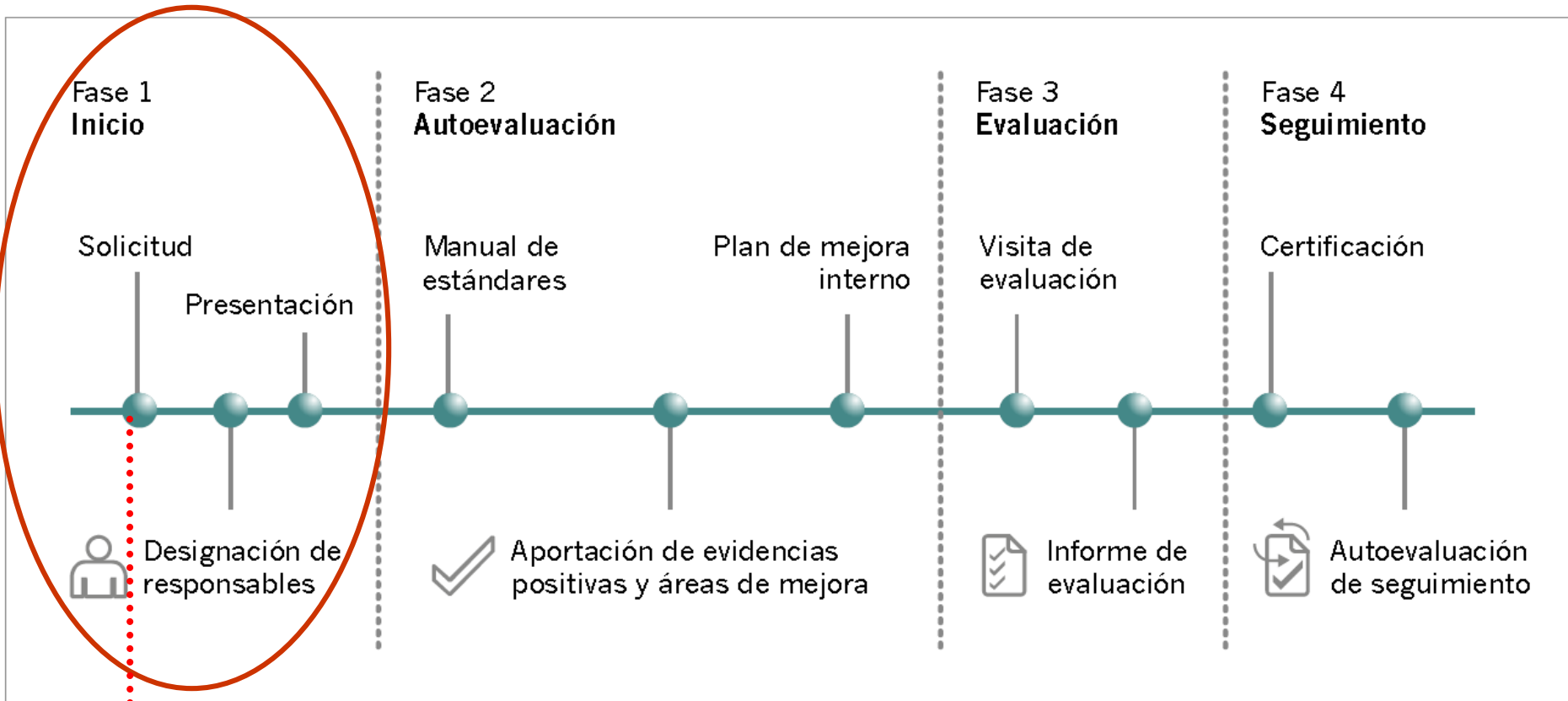
En qué consiste el proceso de certificación de una UGC

- Proceso mediante el cual **observamos, analizamos y reconocemos** en qué forma la atención sanitaria que ofrecemos a nuestros pacientes responde a un modelo de calidad
- Proceso orientado a impulsar **la MEJORA CONTÍNUA para mejorar nuestra propia unidad**





Fases del proceso de acreditación de las UGC

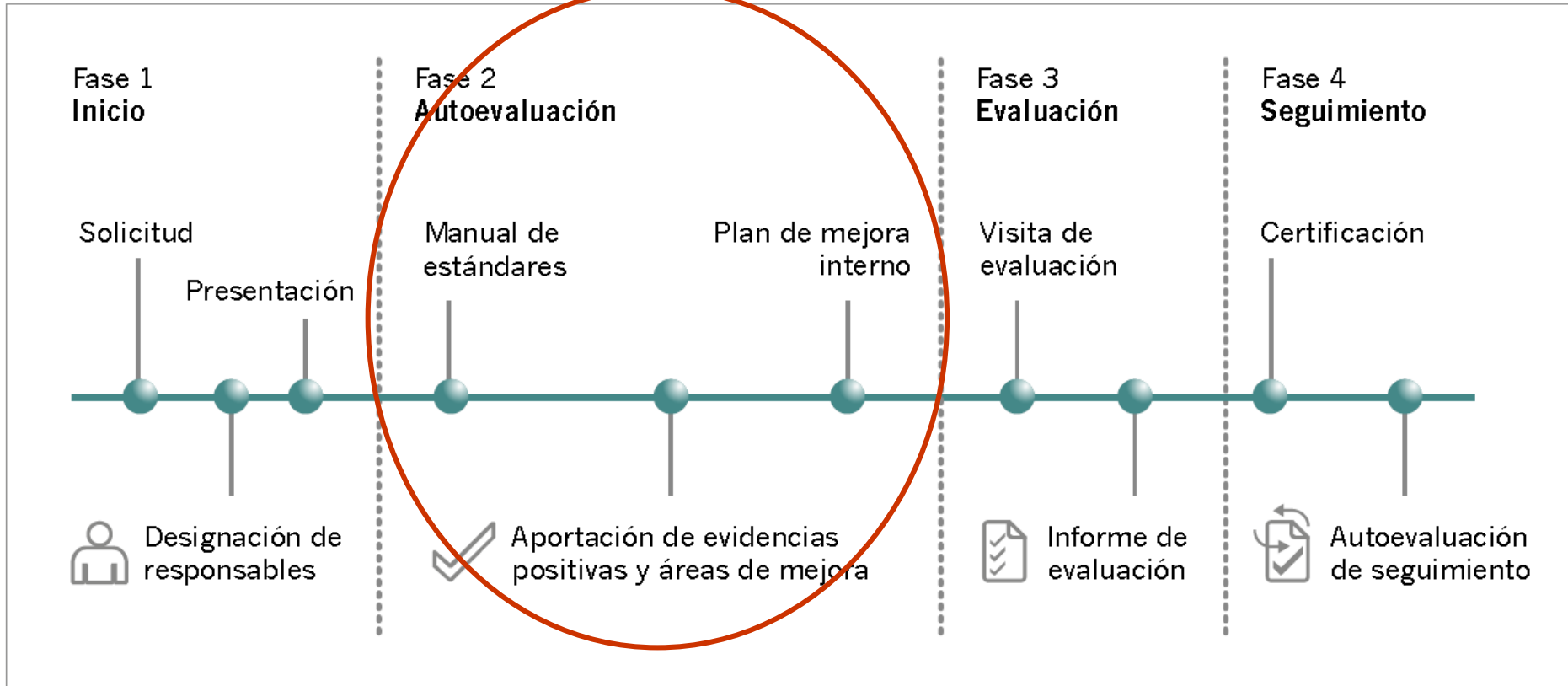


**Contactar con la U de
Calidad**





Fases del proceso de acreditación de las UGC

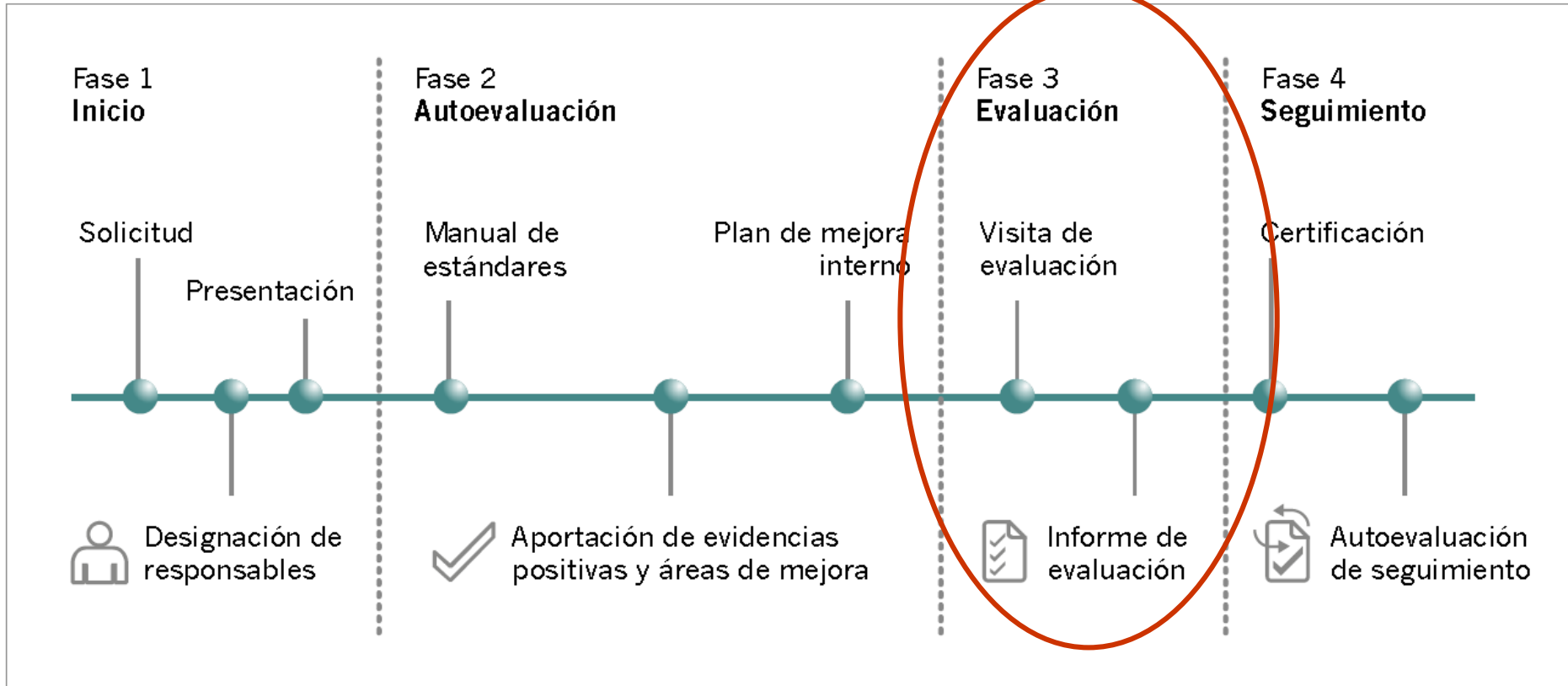


1 año
aproximadamente





Fases del proceso de acreditación de las UGC

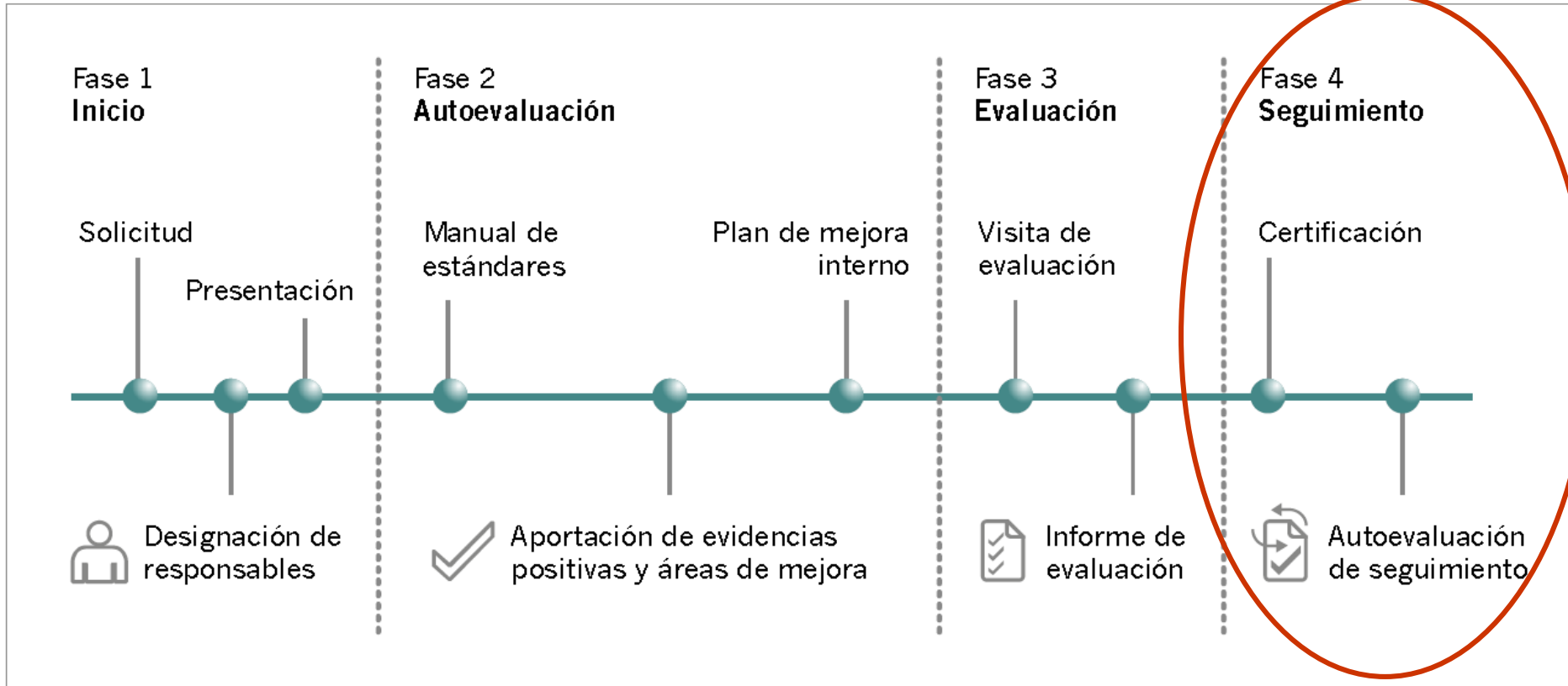


1 año
aproximadamente





Fases del proceso de acreditación de las UGC

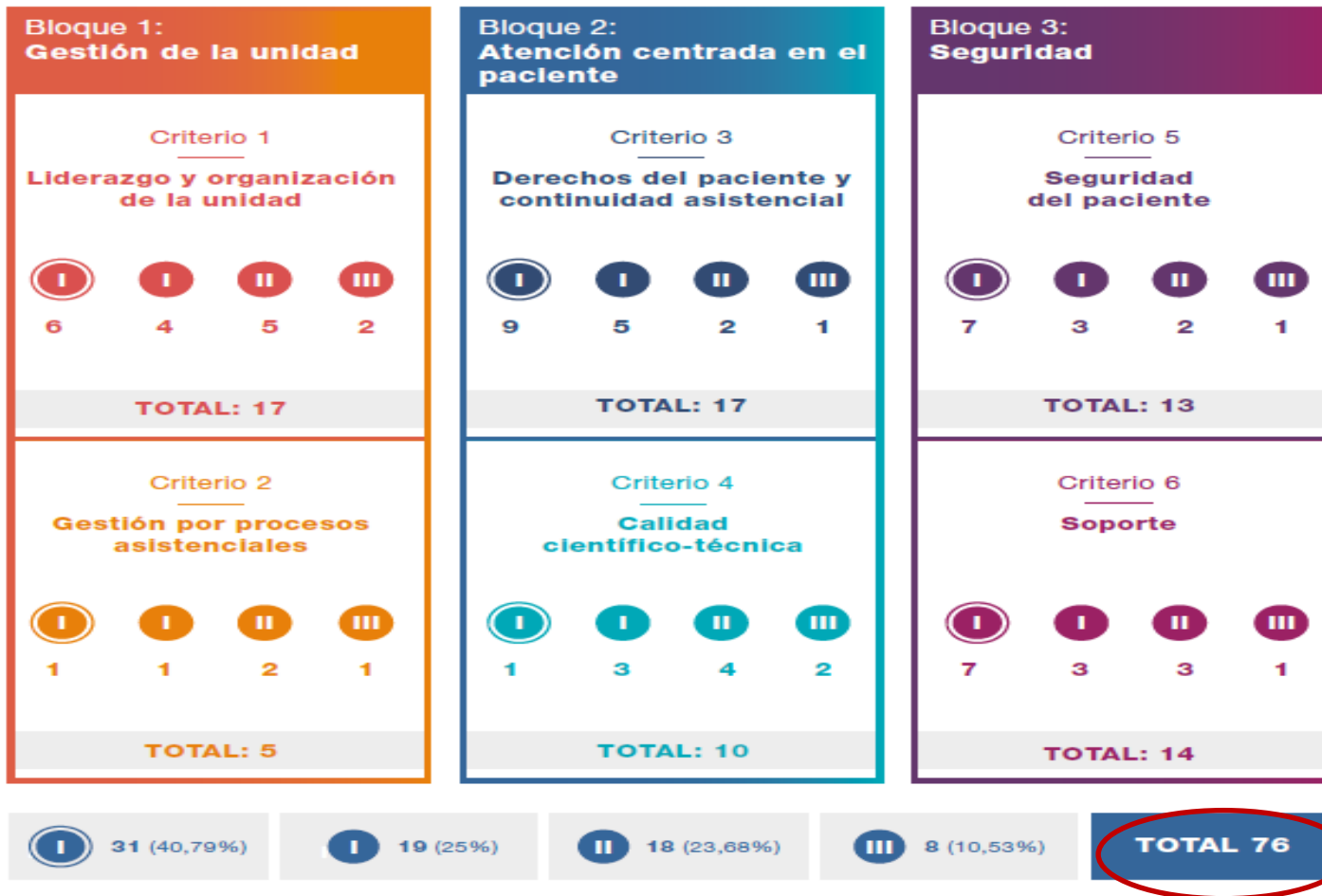


1 año
aproximadamente





Estructura del manual de estándares





Estándar

- Un estándar es un elemento de medida con el que se evalúa la calidad de la unidad.
- Los estándares de ACSA son dicotómicos (se cumplen o no se cumplen) debiéndose cumplir todos los elementos evaluables que lo conforman para que el estándar se cumpla.
- Cada estándar del manual se compone de una serie de elementos: código, enunciado, propósito, grupo y elementos evaluables.





Grupos de estándares





Estructura de un estándar



Estándares que No aplican

Grupo I - Obligatorio

- **Código:** ES 5 05.07_03
- **Propósito:** La unidad tiene implantado un procedimiento para garantizar las condiciones de conservación de los medicamentos y productos sanitarios que utiliza.

Grupo I - Obligatorio

- **Código:** ES 5 05.08_03
- **Propósito:** La unidad almacena los medicamentos y productos sanitarios en condiciones óptimas para evitar riesgos en la seguridad del paciente.

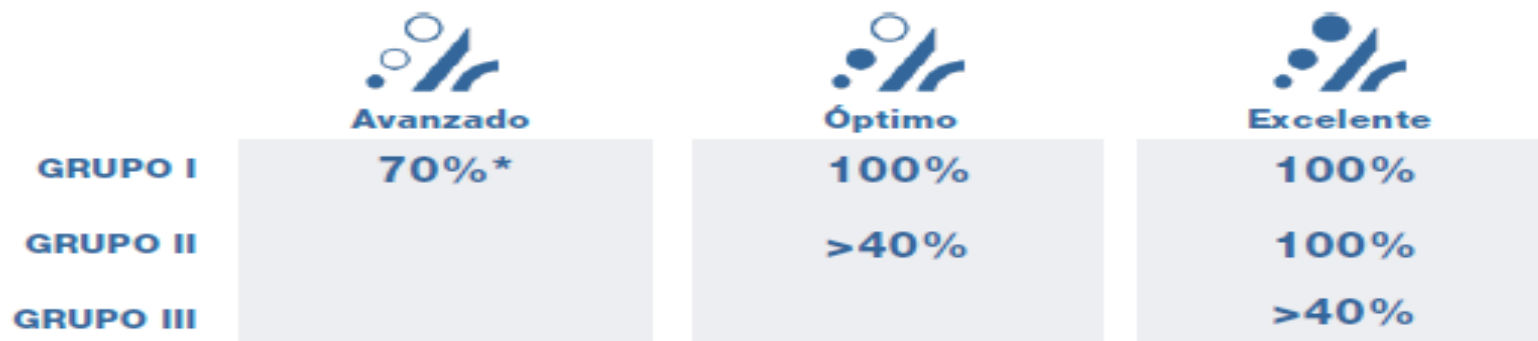
Grupo I - Obligatorio

- **Código:** ES 5 05.10_00
- **Propósito:** La unidad garantiza la correcta preparación y administración de los medicamentos.





Resultados tras la visita de evaluación



*incluidos los obligatorios

	AVANZADO	OPTIMO	EXCELENTE
GRUPO I (48 EST)	70%*	100%	100%
GRUPO II (18 EST)		> 40%	100%
GRUPO III (8 EST)			>40%
Nº estándares total	34 (32 Ob+ 2 No Ob)	56 (48 grupo I+ 8 grupo II)	60 (48 grupo I+8 Grupo II+4 Grupo III)





Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD



ME_Jora C



Hospital Universitario Puerta del Mar - Cádiz



Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ME_jora C) - Windows Internet Explorer

http://mejorac.acsa.junta-andalucia.es/acsa_acreditacion/inicio.asp

Archivo Edición Ver Favoritos Herramientas Ayuda

Favoritos Plantilla_Procedimiento_No...


Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ME_jora C)


ME_jora C
Certificación de Centros y Unidades


La Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía le da la bienvenida a ME_jora C, la aplicación para la Certificación de Centros, Unidades Sanitarias y Unidades de Formación


El entorno ME_jora C [Programas de Certificación de Centros, Unidades Sanitarias y Unidades de Formación] tiene como objetivo facilitar el proceso de certificación de su Centro o Unidad, de la manera más cómoda y personalizada posible.

Si aún no dispone de credenciales para acceder a ME_jora C, desde aquí puede registrarse como **nuevo usuario** para que, una vez tenga las credenciales pertinentes, pueda iniciar y/o retomar una solicitud de certificación.

 Registrarme como nuevo usuario

 Acceso a ME_jora C con mis credenciales

 He olvidado mis credenciales

 [Más información](#)

Puede obtener más información sobre el Programa de Certificación de Centros y Unidades pulsando sobre la imagen de la izquierda.

Si tiene cualquier duda, sugerencia o problema con el proceso de certificación, le rogamos que se ponga en contacto con nosotros a través del siguiente [formulario de contacto](#).

Inicio Microsoft PowerPoint ... Agencia de Calidad S... Agencia de Calidad S... Internet 100% 14:37

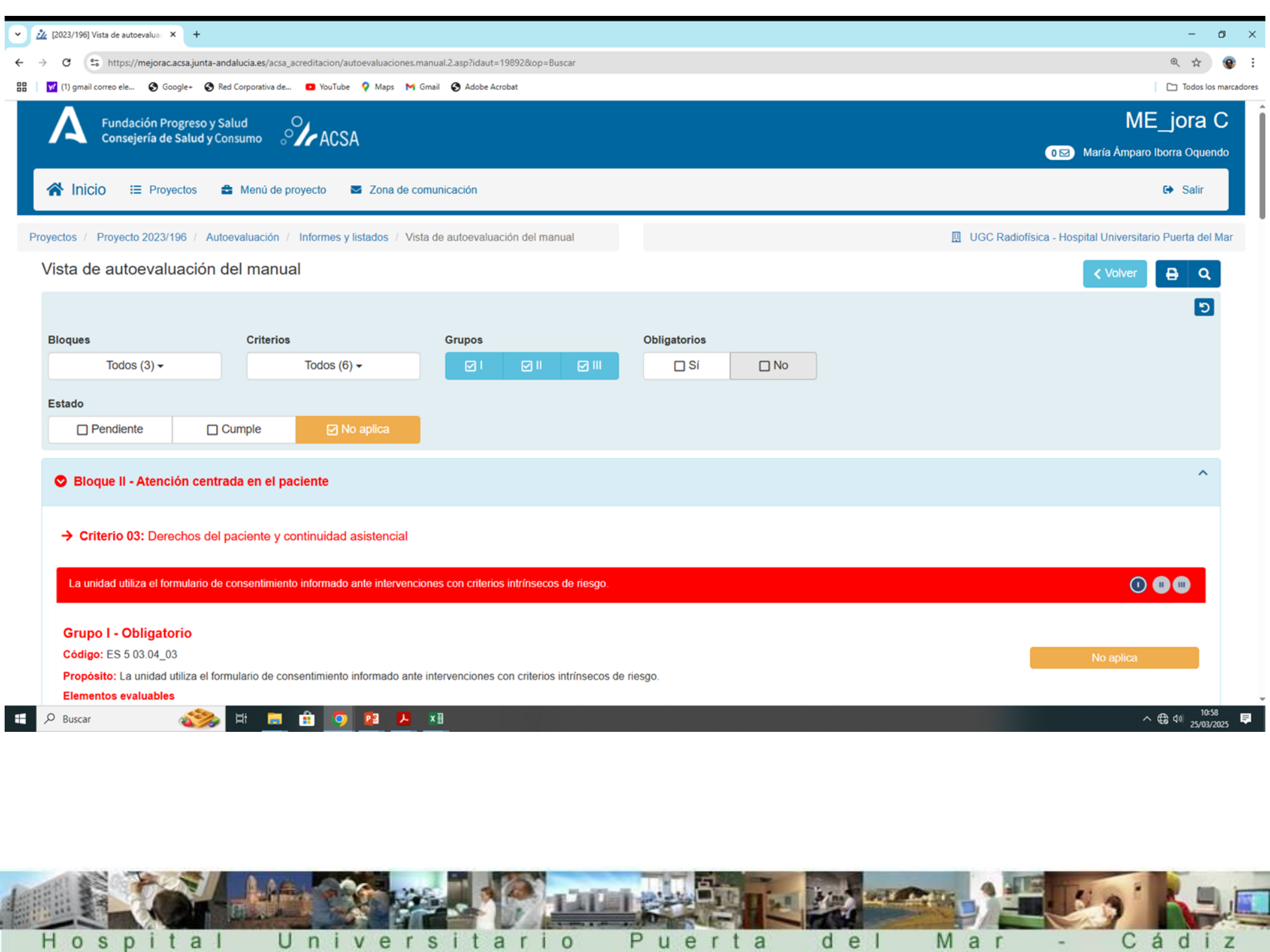




Proyectos >> Proyecto 2023/196 >> Ficha de proyecto

[2023/196] - [UGC Radiofísica - Hospital Universitario Puerta del Mar]

Menú proyecto 2023/196 <ul style="list-style-type: none"> Ficha Cronograma Recursos <ul style="list-style-type: none"> Comunicación sobre Proyecto Comunicación sobre Estándar Carpetas virtual Carpetas pública Fases del proyecto <ul style="list-style-type: none"> Preparación <ul style="list-style-type: none"> Solicitud Comentario Equipo evaluador Autoevaluación <ul style="list-style-type: none"> Autoevaluadores Ficha de Autoevaluación Justificativos Cuestionario de Satisfacción <ul style="list-style-type: none"> Cumplimentación 	Ficha de proyecto			
	Datos del proyecto:			
	Código de proyecto: 2023/196	Nombre del proyecto: UGC Radiofísica - Hospital Universitario Puerta del Mar	Manual y ámbito de certificación: ME 5 1.08 - UGC AH	
	Fase del proceso: Autoevaluación	Estado del proyecto: En curso	Nivel de certificación: -	Fecha de certificación: -
	Responsables del proyecto:		Código certificación: -	
	Director Gerente de Hospital Sebastián Quintero Otero	Responsable Interno (Centro) Esther Angulo Paín	Responsable (ACSA) Filomena García Rioja	
Directora de UGC María Amparo Iborra Oquendo	Blanca Fernández-Sacristán Garrido			
Datos identificativos del centro:				
Nombre del centro: Hospital Universitario Puerta del Mar	Nombre de la unidad: UGC Radiofísica			
Nombre Distrito/Área/Complejo/Grupo: Hospital Universitario Puerta del Mar	Especialidad(es):			
Clasificación del centro: C.1.1 HOSPITALES GENERALES	Titularidad: Pública	Año de puesta en funcionamiento: -	Año inicio como UGC: -	
Datos de localización del centro:				
Provincia: Cádiz	Municipio: Seleccione un municipio	Localidad: Seleccione una localidad		
Tipo de vía: -	Domicilio: -	Número: -	Escalera: -	
Piso: -		Puerta: -	CP: -	
Ampliación domicilio: -				
Teléfono: -	Fax: -	Correo electrónico: -	Web: -	



Vista de autoevaluación del manual

< Volver

🔍

↺

Bloques

Todos (3) ▾

Criterios

Todos (6) ▾

Grupos

I II III

Obligatorios

Sí No

Estado

Pendiente Cumple No aplica

📌 Bloque II - Atención centrada en el paciente

→ Criterio 03: Derechos del paciente y continuidad asistencial

La unidad utiliza el formulario de consentimiento informado ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo. I II III

Grupo I - Obligatorio

Código: ES 5 03.04_03

Propósito: La unidad utiliza el formulario de consentimiento informado ante intervenciones con criterios intrínsecos de riesgo.

No aplica

Elementos evaluables



El proyecto se encuentra en fase de seguimiento de la certificación, para aportar información debe realizarse desde la zona de [autoevaluación de seguimiento](#)

[Volver a inicio](#)

Estándares 2

Grupo I Grupo II Grupo III

Obligatorios

Respuesta solicitante

- 06 - Soporte** 2/2
- ES 5 06.08_03 C
- Grupo I - Obligatorio
- ES 5 06.14_03 C
- Grupo I - Obligatorio

06 - Soporte

Mensajes del estándar 0

Buscador

Informes y listados

ES 5 06.08_03 Grupo I - Obligatorio

Definición

La unidad tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias y son conocidas por los profesionales.

Propósito

Establecer en la unidad, según la normativa vigente, las actuaciones a seguir ante situaciones de emergencia que puedan afectar a profesionales y usuarios.

Elementos evaluables 4

- La unidad tiene definidas las actuaciones a poner en marcha para la evacuación segura y eficaz de pacientes, familiares y profesionales en casos de emergencia (ej.: incendio, explosión de depósitos de gases, inundaciones, terremotos, etc.).
- Los responsables de la unidad se ocupan de que los profesionales reciban la formación necesaria en relación con las medidas de seguridad ante emergencias y realicen simulacros.
- Los equipos de protección, la señalización y los elementos de evacuación se encuentran operativos y cumplen con la función de facilitar y hacer segura la evacuación de la unidad.
- Unidades de urgencias: la unidad ha definido un plan de emergencias ante catástrofes externas o ha participado y conoce su elaboración. Los profesionales de la unidad han recibido formación sobre el plan de emergencias externo.

Referencias y recursos 1

- Recurso de Apoyo - Medidas de seguridad ante emergencias en las unidades asistenciales.

Documentos requeridos 1

Estarán disponibles para su revisión, al menos, los siguientes documentos:

- Documento exclusivo para Unidades de Urgencias: Plan de emergencias ante catástrofes externas elaborado por la unidad de urgencias o con su participación.

Evidencias





Proyectos >> Proyecto 2023/196 >> Autoevaluación

[2023/196] - [UGC Radiofísica - Hospital Universitario Puerta del Mar]

Finalizar autoevaluación X

Mto. Autoevaluadores

INFORMES

Todos los autoevaluadores

Criterios

	0/76	P	D	C	A
01	0170	0	0	0	X
02	015	0	0	0	X
03	0170	0	0	0	X
04	0100	0	0	0	X
05	0130	0	0	0	X
06	0140	0	0	0	X

Criterio: [I - Gestión de la Unidad] 01 - Liderazgo y organización de la unidad

Nº orden: 2 [-]

Grupo: I

Buscador de estándares

Comunicación sobre el Estándar (0 mensajes)

Estándar [ES 5 01.02_03]

La unidad evalúa periódicamente los objetivos pactados con su institución e implica a los profesionales en su consecución.

Elementos evaluables (2)

- La unidad evalúa, al menos semestralmente, el cumplimiento de los objetivos pactados con su institución (acuerdo de gestión clínica). En caso de que algunos objetivos no alcancen el nivel de cumplimiento mínimo definido, la unidad identifica áreas de mejora.
- La unidad implica a los profesionales en la consecución de los objetivos pactados con su institución mediante el establecimiento de objetivos individuales. Los objetivos individuales están documentados, son conocidos por los profesionales y se monitorizan.

Referencias y recursos (0)

No hay ejemplos disponibles.

(*) Evidencias positivas (0)

Nueva

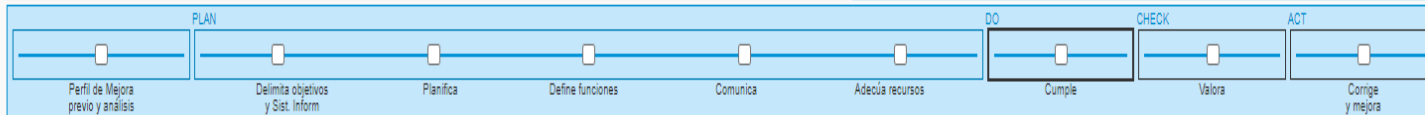
Sin evidencias positivas.

(*) Áreas de mejora (0)

Responsables

Nueva

Sin áreas de mejora



Ayuda ciclo PDCA

(*) Completo:

Guardar





Proyectos >> Proyecto 2023/196 >> Autoevaluación

Finalizar autoevaluación X
Mto. Autoevaluadores
----- INFORMES -----
Todos los autoevaluadores
Criterios

	0/76	P	D	C	A
01	0/170	0	0	0	X
02	0/5	0	0	0	X
03	0/170	0	0	0	X
04	0/100	0	0	0	X
05	0/130	0	0	0	X
06	0/140	0	0	0	X

Criterio: ES 5 01.02_03 La unidad evalúa periódicamente los objetivos pactados con su institución e implica a los profesionales en su consecución.
Nº orden:
Estándar [ES 5 01.02_03]: La unidad evalúa periódicamente los objetivos pactados con su institución e implica a los profesionales en su consecución.
Elementos evaluables (2):
o La unidad evalúa, objetivos no alcanzados
o La unidad implica a los profesionales en su consecución

Evidencia positiva
ES 5 01.02_03 La unidad evalúa periódicamente los objetivos pactados con su institución e implica a los profesionales en su consecución.
(*) Los campos con asterisco son obligatorios

Evidencia positiva
(*) Descripción de la evidencia positiva:
bkjdñsvlm.,f

Ficheros adjuntos a la evidencia positiva
Nuevo

Sin documentos asociados a la evidencia positiva.

Guardar y nuevo **Guardar y Cerrar**

Parfili de Mejor previo y análisis

2023/196] - [UGC Radiofísica - Hospital Universitario Pu...
Comunicación sobre el Estándar (0 mensajes)
Nueva
Responsables Nueva
Ayuda ciclo PDCA
(*) Completo:
Corrige y mejora Guardar





UGC RADIOFÍSICA H.U. PUERTA DEL MAR

- Inició la autoevaluación en octubre de 2023
- No se han considerado de aplicación para la unidad los estándares siguientes: ES 5 03.04_03, ES 5 03.05_03, ES 5 03.13_02, ES 5 03.17_00, ES 5 04.04_00, ES 5 04.06_01, ES 5 05.07_03, ES 5 05.08_03, ES 5 05.10_00
- Responsables de la entidad relacionados con el proyecto son:
 - Director Gerente de Hospital: D. Jose Luis Guijarro Rodríguez
 - Directora de UGC: Dña. María Amparo Iborra Oquendo
 - Responsable interno del Proceso de Certificación: Dña. Esther Angulo Paín
- Fecha inicial visita: Mayo 2024
- Visita de evaluación externa a la entidad: 12 de noviembre de 2024
- Informe: 11 de diciembre de 2024
- Cierre evaluación: 17 de diciembre de 2024
- Certificación: 20 de diciembre de 2024
- Nueva Certificación con certificado de ENAC: 17 de marzo de 2025





ORGANIZACIÓN

- En la aplicación: 2 personas
- Resto: Trabajo en equipo
- Organización por Bloques (salvo algún estándar en particular)
- Carpeta en el servidor de nuestra Unidad:
 - ACREDITACIÓN ACSA
 - evidencias para aportar (con los diferentes bloques y en cada bloque cada estándar).
 - excel, con resumen de todo lo que deben conocer los profesionales y con link a toda la información que deben conocer de cara a la visita.



Cortar Copiar ruta de acceso Pegar acceso directo
Mover a Copiar a Eliminar Cambiar nombre
Nueva carpeta
Nuevo elemento Fácil acceso
Propiedades Abrir Historial
Seleccionar todo No seleccionar nada Invertir selección

Organizar Nuevo Abrir Seleccionar

I > ca42sfs03 > Carpetas-HUPM > RADIOFISICA > General > 0_AREDITACION ACSA 2024 >

Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
ALEGACIONES	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
Evidencias para aportar	25/03/2025 12:28	Carpeta de archivos	
Hospital	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
Imprimir color	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
NO CUMPLE	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
Old_Acreditacion ACSA_2019	28/02/2025 14:28	Carpeta de archivos	
PRESENTACION RADIOFISICA	28/02/2025 14:28	Carpeta de archivos	
RESULTADO	18/03/2025 17:44	Carpeta de archivos	
SEGUIMIENTO 2025	20/03/2025 18:18	Carpeta de archivos	
VISITA	28/02/2025 14:28	Carpeta de archivos	
Checklist acreditación PROFESIONALES	05/11/2024 14:35	Hoja de cálculo d...	26 KB

[Sin título]



ar
ar ruta de acceso
r acceso directo

					Nuevo elemento ▾ Fácil acceso ▾		Abrir ▾ Modificar Historial	<input checked="" type="checkbox"/> Seleccionar todo <input type="checkbox"/> No seleccionar nada <input type="checkbox"/> Invertir selección
Organizar				Nuevo		Abrir		Seleccionar

fs03 > Carpetas-HUPM > RADIOFISICA > General > 0_ACREDITACION ACSA 2024 > Evidencias para aportar > 01 - Liderazgo y organización de la unidad

Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
ES 5 01.01_01_NO_Modelo de Gobierno	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.02_03_Objetivos 2022 2023 2024	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.03_01_Cuadro de mandos	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.04_03_Presupuestos 2023	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.05_00 Sistema de gestion docume...	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.06_02_NO_Plan de Calidad	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.10_02_Funciones y Plan Acogida	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.12_04_Plan de formación	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.13_03_Satisfacción usuarios	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	
ES 5 01.14_02_Reclamaciones	28/02/2025 14:27	Carpeta de archivos	



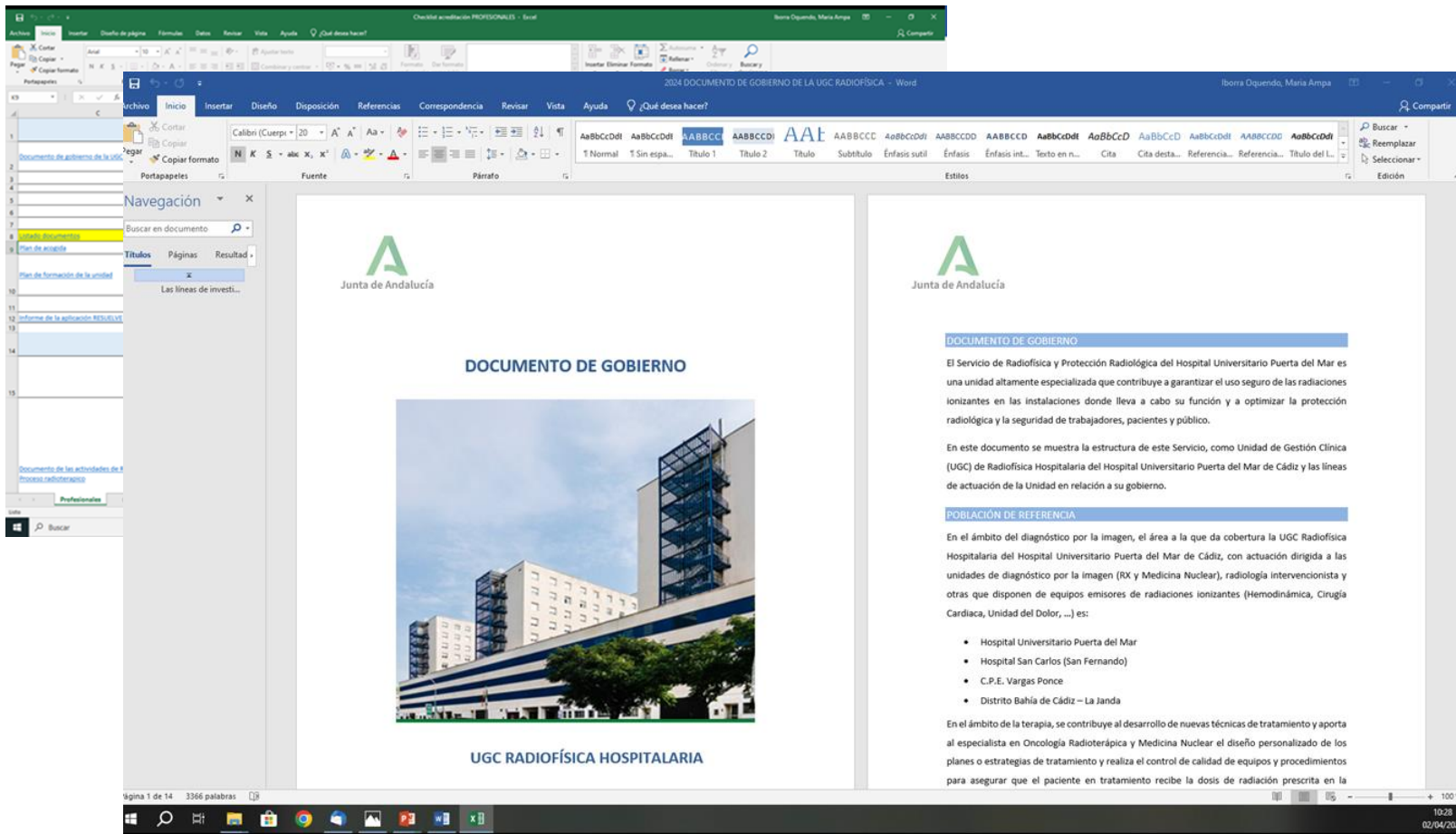


Checklist acreditación PROFESIONALES: con toda la información relativa a la acreditación que deben conocer los profesionales

	RESPONSABLE																		
1																			
2	Documento de gobierno de la UGC Radiofísica																		
3																			
4																			
5																			
6																			
7																			
8	Criterio documental	Responsable documentación																	
9	Plan de acogida																		
10	Plan de formación de la unidad																		
11																			
12	Informe de la aplicación RESOLVE																		
13																			
14																			
15																			
	Documento de las actividades de Radiofísica en el proceso radioterápico	Alvaro Seguro																	




Checklist acreditación PROFESIONALES



2024 DOCUMENTO DE GOBIERNO DE LA UGC RADIOFISICA - Word

Junta de Andalucía

DOCUMENTO DE GOBIERNO



UGC RADIOFÍSICA HOSPITALARIA

DOCUMENTO DE GOBIERNO

El Servicio de Radiofísica y Protección Radiológica del Hospital Universitario Puerta del Mar es una unidad altamente especializada que contribuye a garantizar el uso seguro de las radiaciones ionizantes en las instalaciones donde lleva a cabo su función y a optimizar la protección radiológica y la seguridad de trabajadores, pacientes y público.

En este documento se muestra la estructura de este Servicio, como Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Radiofísica Hospitalaria del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz y las líneas de actuación de la Unidad en relación a su gobierno.

POBLACIÓN DE REFERENCIA

En el ámbito del diagnóstico por la imagen, el área a la que da cobertura la UGC Radiofísica Hospitalaria del Hospital Universitario Puerta del Mar de Cádiz, con actuación dirigida a las unidades de diagnóstico por la imagen (RX y Medicina Nuclear), radiología intervencionista y otras que disponen de equipos emisores de radiaciones ionizantes (Hemodinámica, Cirugía Cardíaca, Unidad del Dolor, ...) es:

- Hospital Universitario Puerta del Mar
- Hospital San Carlos (San Fernando)
- C.P.E. Vargas Ponce
- Distrito Bahía de Cádiz – La Janda

En el ámbito de la terapia, se contribuye al desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento y aporta al especialista en Oncología Radioterápica y Medicina Nuclear el diseño personalizado de los planes o estrategias de tratamiento y realiza el control de calidad de equipos y procedimientos para asegurar que el paciente en tratamiento recibe la dosis de radiación prescrita en la

10/38
02/04/2025





ORGANIZACIÓN

- En la aplicación: 2 personas
- Resto: Trabajo en equipo
- Organización por Bloques (salvo algún estándar en particular)
- Carpeta en el servidor de nuestra Unidad:
 - ACREDITACIÓN ACSA
 - evidencias para aportar (con los diferentes bloques y en cada bloque cada estándar).
 - excel, con resumen de todo lo que deben conocer los profesionales y con link a toda la información que deben conocer de cara a la visita.
 - **Link de mantenimiento, en nuestro escritorio, con toda la información relativa a las infraestructuras del hospital**





INFRAESTRUCTURAS

Archivo Inicio Compartir Vista

Anclar al Acceso rápido Copiar Pegar Cortar Copiar ruta de acceso Pegar acceso directo Mover a Copiar a Eliminar Cambiar nombre Nueva carpeta Nuevo elemento Fácil acceso Propiedades Abrir Modificar Historial Seleccionar todo No seleccionar nada Invertir selección

Red > CA425FS01 > Carpetas HUPM > ACREDITACION > INFRAESTRUCTURAS

Nombre	Fecha de modificación	Tipo	Tamaño
INSPECCIONES Y REVISIONES INSTALACI...	03/10/2024 12:12	Carpeta de archivos	
PLANOS EVACUACIÓN	04/12/2023 9:36	Carpeta de archivos	
PROCEDIMIENTOS	20/06/2024 9:16	Carpeta de archivos	

3 elementos





ORGANIZACIÓN

- En la aplicación: 2 personas
- Resto: Trabajo en equipo
- Organización por Bloques (salvo algún estándar en particular)
- Carpeta en el servidor de nuestra Unidad:
 - ACREDITACIÓN ACSA
 - evidencias para aportar (con los diferentes bloques y en cada bloque cada estándar).
 - excel, con resumen de todo lo que deben conocer los profesionales y con link a toda la información que deben conocer de cara a la visita.
- Link de mantenimiento, en nuestro escritorio, con toda la información relativa a las infraestructuras del hospital
- **Fieles a lo que se solicitaba en cada estándar**



Ficha de autoevaluación

ES 5 01.01_01 (I) | **ES 5 01.02_03 (I-O)** | ES 5 01.03_01 (I-O)

Mensajes del estándar 0 | Buscador | Informes y listados

[Volver a inicio](#)

Estándares 76

Grupo I Grupo II Grupo III

Obligatorios

01 - Liderazgo y organización de la unidad 9/17

- ES 5 01.01_01 Grupo I **C**
- ES 5 01.02_03** Grupo I - Obligatorio **C**
- ES 5 01.03_01 Grupo I - Obligatorio **C**
- ES 5 01.04_03 Grupo I - Obligatorio **C**
- ES 5 01.05_00 Grupo I **C**
- ES 5 01.06_02 Grupo I **PTE**
- ES 5 01.07_00 Grupo II **PTE**
- ES 5 01.08_02 Grupo II **PTE**
- ES 5 01.09_03 Grupo III **PTE**

01 - Liderazgo y organización de la unidad

ES 5 01.02_03 Grupo I - Obligatorio

Definición	Propósito
La unidad evalúa periódicamente los objetivos pactados con su institución e implica a los profesionales en su consecución.	Evaluar los objetivos pactados con la institución, alineados con su misión, visión y valores. Implicar a los profesionales en la consecución de los mismos estableciendo, de forma participativa, objetivos individuales.

- Elementos evaluables 2**
- La unidad evalúa, al menos semestralmente, el cumplimiento de los objetivos pactados con su institución (acuerdo de gestión clínica). En caso de que algunos objetivos no alcancen el nivel de cumplimiento mínimo definido, la unidad identifica áreas de mejora.
 - La unidad implica a los profesionales en la consecución de los objetivos pactados con su institución mediante el establecimiento de objetivos individuales. Los objetivos individuales están documentados, son conocidos por los profesionales y se monitorizan.

- Documentos requeridos 3**
- Estarán disponibles para su revisión, al menos, los siguientes documentos:
- Acuerdos de gestión clínica de la unidad (últimos 2 años).
 - Evaluaciones de los objetivos del acuerdo de gestión clínica realizadas en el último año y en el año en curso, con identificación de áreas de mejora en caso necesario.
 - Objetivos individuales de distintas categorías profesionales.

Evidencias



- ES 5 01.09_03 PTE Grupo III
- ES 5 01.10_02 C Grupo I - Obligatorio
- ES 5 01.11_00 PTE Grupo II
- ES 5 01.12_04 C Grupo I
- ES 5 01.13_03 C Grupo I - Obligatorio
- ES 5 01.14_02 C Grupo I - Obligatorio
- ES 5 01.15_02 PTE Grupo II
- ES 5 01.16_02 PTE Grupo II
- ES 5 01.17_00 PTE Grupo III
- 02 - Gestión por procesos asistenciales 2/5
- 03 - Derechos y continuidad asistencial 8/17
- 04 - Calidad científico-técnica 2/10
- 05 - Seguridad del paciente 6/13
- 06 - Soporte 9/14

Evidencias

Espacio de trabajo para incorporar una descripción de los hechos objetivos y demostrables que dan respuesta a los elementos evaluables del estándar. Se pueden adjuntar documentos junto a la evidencia Nueva

Evidencias registradas 3

- 05/08/24 3 Acuerdos de Gestión años 2022 y 2023
- 29/02/24 4 La unidad implica a los profesionales en la consecución de los objetivos pactados con la institución mediante el establecimiento de objetivos individuales. Los objetivos individuales están documentados, son conocidos por los profesionales y se monitorizan. Se adjunta, como ejemplo, Acuerdo de Objetivos Individuales 2022 y 2023 pactado con una FEA de la UGC, así como correo enviado a la profesional previo a la firma de los mismos.
- 21/02/24 3 La unidad evalúa el cumplimiento de los objetivos pactados con la institución

Áreas de mejora

Espacio de trabajo para incorporar las oportunidades de mejora detectadas al reflexionar sobre el estándar y sus elementos evaluables. Permite asignar responsables y planificar actuaciones hasta su consecución Nueva





Áreas de mejora registradas 1

- 05/08/24 ✓ Modificación de la evaluación de objetivos Maria Amparo Iborra

Para marcar el estándar como cumplido, es necesario haber aportado evidencias o áreas de mejora conseguidas, que den respuesta a los elementos evaluables y a los documentos requeridos en el estándar

Cumple



Estándar	Evidencia	Documentos	
	canales formales establecidos (ej.: reuniones de equipo, correo electrónico, entrevistas con profesionales....)		
ES 5 01.02_03 Grupo I - O	La unidad evalúa el cumplimiento de los objetivos pactados con la institución	 2023PR1.PDF	21/02/2024 19:06:24 María Ámparo Iborra Oquendo
		 PRESEN1.PDF	21/02/2024 19:06:24 María Ámparo Iborra Oquendo
		 RADIOF1.PDF	21/02/2024 19:06:24 María Ámparo Iborra Oquendo
ES 5 01.02_03 Grupo I - O	Acuerdos de Gestión años 2022 y 2023	 Acuerdo_2022_Radiofísica.pdf	21/02/2024 18:56:04 Esther Angulo Paín
		 Acuerdo_2023_Radiofísica.pdf	21/02/2024 18:56:05 Esther Angulo Paín
		 Acuerdo_2024_Radiofísica.pdf	05/08/2024 14:00:07 María Ámparo Iborra Oquendo



Estándar	Evidencia	Documentos	
<p>ES 5 01.02_03 Grupo I - O</p>	<p>La unidad implica a los profesionales en la consecución de los objetivos pactados con la institución mediante el establecimiento de objetivos individuales. Los objetivos individuales están documentados, son conocidos por los profesionales y se monitorizan. Se adjunta, como ejemplo, Acuerdo de Objetivos Individuales 2022 y 2023 pactado con una FEA de la UGC, así como correo enviado a la profesional previo a la firma de los mismos.</p>	<p> Correo 2022.pdf</p>	<p>21/02/2024 19:37:54 María Ámparo Iborra Oquendo</p>
		<p> Correo 2023.pdf</p>	<p>21/02/2024 19:37:54 María Ámparo Iborra Oquendo</p>
		<p> 2022 ACUERDO DE GESTIÓN EAP_ok.pdf</p>	<p>29/02/2024 14:39:58 Esther Angulo Paín</p>
		<p> 2023 ACUERDO DE GESTIÓN EAP_ok.pdf</p>	<p>29/02/2024 14:39:58 Esther Angulo Paín</p>





Grupo	Nº Estándares	No Cumplen	Cumplen	No Aplican	% Cumplen
Grupo I	50	9	34	7	79,1%
Grupo I Obligatorio	31	2	23	6	92%
Grupo I No Obligatorio	19	7	11	1	61,1%
Grupo II	18	18	0	2	0%
Grupo III	8	8	0	0	0%
TOTALES	76	33	34	9	50,7%

Tabla 1. Cumplimiento de estándares por grupo.

Criterio	Nº Estándares	Cumplen	% Cumplen
01: Liderazgo y organización de la unidad	17	9	52,9%
02: Gestión por procesos asistenciales	5	2	40%
03: Derechos del paciente y continuidad asistencial	13	8	61,5%
04: Calidad científico-técnica	8	2	25%
05: Seguridad del paciente	10	6	60%
06: Soporte	14	7	50%
TOTALES	67	34	50,7%

Tabla 2. Cumplimiento de estándares por criterios.





Relación de estándares obligatorios que no cumplen (comprometen la certificación)

Bloque III: Seguridad 06 - Soporte

Estándar Definición del estándar

ES 5 06.08_03

Grupo I – O

La unidad tiene establecidas las medidas de seguridad ante emergencias y son conocidas por los profesionales.

Autoevaluación Evaluación

Cumple

No cumple

Hallazgos

No se evidencia que los profesionales de la unidad hayan participado en un simulacro de evacuación o que los responsables pongan en marcha mecanismos para explorar, periódicamente, el conocimiento de los profesionales sobre las actuaciones a realizar en caso de emergencia y realizar refuerzos formativos en caso necesario.

Estándar Definición del estándar

ES 5 06.14_03

Grupo I – O

La unidad adopta medidas para garantizar la protección de los datos de carácter personal conforme a lo establecido en la normativa vigente.

Autoevaluación Evaluación

Cumple

No cumple

Hallazgos

No se ha podido constatar que los profesionales de la unidad conozcan cómo identificar una brecha de seguridad y el mecanismo para ponerlo en conocimiento de los responsables de los sistemas de información.





		Aut. inicial		Eval. inicial		Aut. estabilización		Eval. estabilización		Aut. seguimiento		Total	
Estándares	Total	76		76		76		76		76		76	
	Aplican	67	88,16%	67	88,16%	67	88,16%	67	88,16%	67	88,16%	67	88,16%
	Obligatorios que cumplen	25	100%	23	92%	2	8%	2	8%	0	0%	25	100%
	Se cumplen	36	53,73%	34	50,75%	2	2,99%	2	2,99%	0	0%	36	53,73%
	Con evidencias	36	53,73%			2	2,99%			0	0%	36	53,73%
	Con áreas de mejora	18	26,87%			0	0%			0	0%	18	26,87%
	Evidencias												
Evidencias	Evidencias aportadas	68				2				0		70	
Áreas de mejora													
Áreas de mejora	Áreas de mejora identificadas	28				0				0		28	
	Áreas de mejora conseguidas	12	42,86%			0	0%			0	0%	12	42,86%
	Áreas de mejora vencidas	6	21,43%			0	0%			0	0%	6	21,43%
Documentación adjunta													
Documentación adjunta	Total	184				9				0		193	
	Documentación adjunta a evidencias	167				9				0		176	
	Documentación adjunta a las áreas de mejora	17				0				0		17	





Fase de Autoevaluación: **A tener en cuenta**

1. Actas de todas las reuniones: internas/externas
2. Actas de todas las sesiones
3. AGC de los dos años anteriores
4. OI de todas las categorías profesionales
5. Justificantes de difusión de información, de procedimientos, presentaciones,...
6. Cuadro de mandos, con indicadores de calidad - Acreditación
7. Seguimiento de Acuerdos de consumos de la UGC
8. Documento de gobernanza
9. Plan de acogida a profesionales
10. Plan de formación
11. EDP de profesionales
12. Encuestas de satisfacción a pacientes
13. Reclamaciones_RESUELVE
14. PAI en los que participa
15. Información a pacientes (Ttos. Iodo) – Servicio de teletraducción de la JA
16. Estrategia de Bioética de Andalucía: Comité de ética asistencial del Centro
17. Información de la Unidad en la Página Web del Hospital
18. Indicadores de demoras
19. Auditorías de H^a Clínicas de RT y MN – Identificadores unívocos/cumplimentación de historias



Fase de Autoevaluación: **A tener en cuenta**

Bloque 6: SOPORTE

1. MANSIS: Sistema de información para la Gestión de Mantenimiento y los Activos
2. Listado de equipamiento médico actualizado
3. Nombramiento de un interlocutor Radiofísica-Mantenimiento
4. Solicitud a electromedicina pidiendo información sobre el estado de seguridad del equipamiento electromédico
5. Sesión informativa a todos los profesionales sobre el manejo de MANSIS
6. Reuniones periódicas con Electromedicina
7. Actualización de Cartelería del Servicio
8. Solicitud de informe de Evaluación de Riesgos a la U. Prev.RRLL para cada una de las salas de trabajo e informe de la Planificación de la Actividad Preventiva
9. Actuaciones llevadas a cabo y mail a Prev.RRLL sobre resolución
10. Reunión con los profesionales sobre Riesgos y Plan de actuación
11. Realización de los Cursos de PRL por parte de todos los profesionales de la Unidad
12. Comunicación a todos los profesionales de los Procedimientos RRLL: 22 VIGILANCIA DE LA SALUD, 04 Accidentes de trabajo y CATI,
13. Comunicación del Plan de Prevención de Agresiones a los profesionales y actuación
14. Simulacro de Emergencia/Incendio – Plan de Autoprotección del Centro: Actividad formativa – Cartelería
15. Gestión de Residuos en el Servicio (gestión de Mat. PR y PNT Gestión RR Radiactivos MN) y Otros Residuos (papel, toners...)
16. Procedimiento en caso de caída de sistemas de información en el hospital
17. Brechas de Seguridad: Formación a profesionales – Formación LOPD – Auditoría de ficheros – Protocolo de comunicación de incidencias





En el cuadro de Mandos:

Indicadores de calidad - Acreditación

Válidos para el Seguimiento anual de los estándares

Indicadores de calidad – Buenas Prácticas

Indicadores de objetivos – Contrato Programa – AGC

Indicadores de actividad





- Destacar las diferentes medidas que la unidad tiene implantadas para disminuir los errores en los tratamientos como la identificación del paciente y control de dosis.
- Accesibilidad al paciente para la planificación de tratamientos en entrevista programada donde se ofrece información sobre el tratamiento aplicado, posibles efectos secundarios y recomendaciones o precauciones si las hubiera una vez vuelvan a casa (Ej.: pacientes con terapia metabólica con I-131).
- Destaca el cuadro de mando desarrollado por la unidad con información sobre indicadores de proceso, protección radiológica, gestión, calidad y seguridad y soporte. Se trata de un documento excel que recoge datos de la actividad, responsables de obtener la información, periodicidad de la medición (anual/cuatrimstral/mensual, etc.), fuente, objetivo y resultados, utilizando un código de color según el tipo de objetivo: Azul=objetivo del Acuerdo de Gestión Clínica, naranja: objetivos de acreditación, negro: indicadores de actividad.
- Para dar difusión de la actividad de la unidad y que los pacientes conozcan la especialidad, se ha difundido entre pacientes y familiares información básica acerca de las Radiaciones Ionizantes y su uso en Medicina, la importancia de la protección radiológica y el papel del especialista en Radiofísica en el Hospital.
- Trabajo desarrollado en el contexto del Centro Avanzado de Diagnóstico por Imagen (CADI) de Andalucía, que persigue optimizar el uso de equipos de tomografía computerizada instalados en los hospitales públicos de la comunidad autónoma a través de la centralización de su gestión, contando con profesionales de la Unidad para el desarrollo de este trabajo.

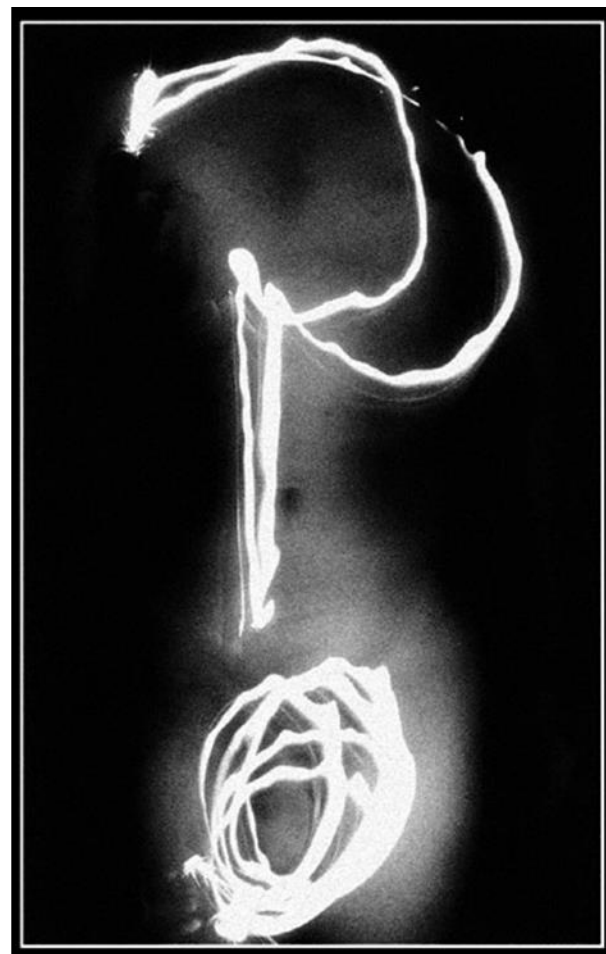
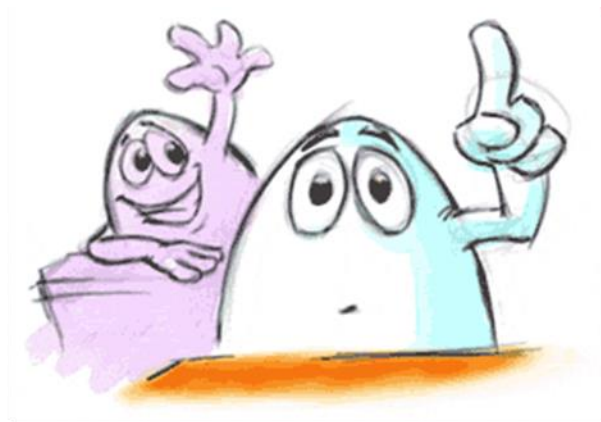




Debilidades

- La dispersión que existe de la unidad distribuida en diferentes plantas del hospital, lo que dificulta una adecuada comunicación dentro del equipo.
- La unidad debe seguir trabajando en fomentar entre sus profesionales una cultura más proactiva en la identificación y notificación de riesgos e incidentes de seguridad del paciente.
- Mejorar el sistema de comunicación de los responsables del control de mantenimiento de instalaciones y equipos con los referentes de la unidad, de reciente implantación en el momento de la evaluación, potenciando su implantación, su difusión y consolidación adecuada.
- Mejorar el análisis de los accidentes ocurridos en la unidad para detectar incidencias en forma de repeticiones o impactos significativos en la actividad, registrando los análisis y mejoras complementarias a implantar, facilitando la trazabilidad y la comprobación de la eficacia de estas.







MUCHAS



GRACIAS

