



GESTIÓN DE LA ACREDITACIÓN DE LAS UNIDADES RADIOFÍSICA. SARH. 2 Abril 2025

***Hospital Universitario Clínico San
Cecilio. GRANADA***

Diegos Burgos. Radiofísica

ESTRUCTURA DE LOS ESTÁNDARES

2

Gestión acreditación Sº Radiofísica

- Tenemos el mismo manual que los demás servicios
- La acreditación se consigue superando evidencias, repartidas en 6 bloques y 76 evidencias (70 para Radiofísica)
- El antiguo manual tenía 11 bloques y 100 evidencias

➤ Estructura del manual de estándares

El manual de estándares de unidades de gestión sanitaria está estructurado en **3 bloques y 6 criterios**, en los que se agrupan los estándares según su temática.



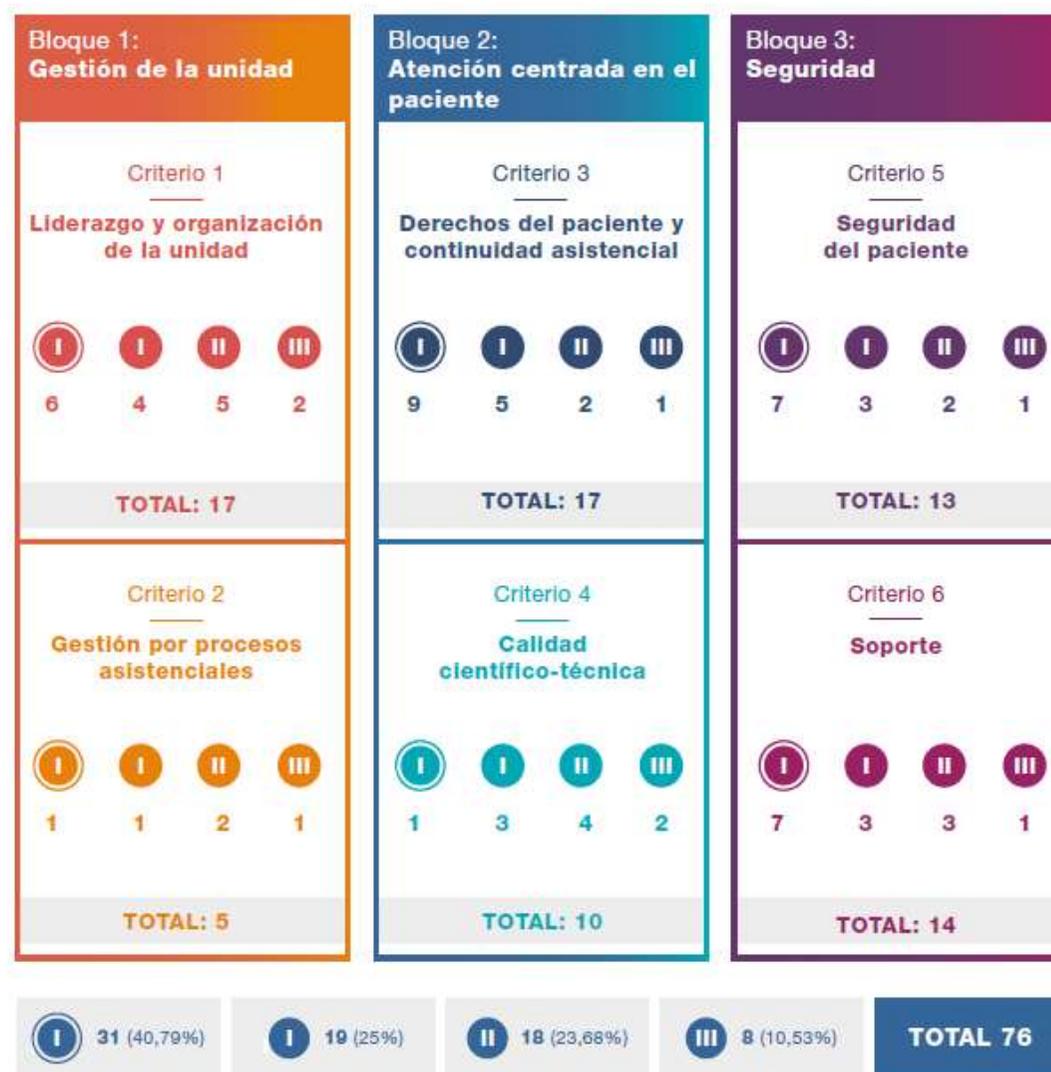
Evidencias

3

- Se usa el manual general, evitando 6 evidencias, por lo que nos quedamos en 70:

Bloque	Nº
1	17
2	5
3	13 (4-)
4	8 (2-)
5	13
6	14
Total	70

Evidencias Esenciales son 28



Nivel de certificación

	AVANZADO	ÓPTIMO	EXCELENTE
Grupo I	70 % (incluidos los obligatorios)	100 %	100 %
Grupo II		> 40 %	100 %
Grupo III			> 40 %

Tipo	Nº	A	O	E
1	46	32.2 (33)	46	46
2	16		6.4 (7)	16
3	8			3.2 (4)
Total	70	33	53	66

La presión por acreditarse se soluciona con 33 estándares

Detalles del nivel de certificación

5

- No se pueden saltar niveles
- El paso de avanzado a óptimo es fácil, pues eliminas las difíciles del óptimo.
- El paso de óptimo a excelente ya es más difícil
- Es más difícil cumplir las evidencias de nivel II que las de nivel III



Grupo de acreditación

- Se recomienda:
 - Responsable del servicio (coordina todo y sube pruebas a ACSA)
 - 2 o 3 facultativos
 - 1 o 2 de clínica
 - 1 o 2 de rayos/MN
- Reuniones cada semana (depende de la intensidad)
 - Fijar objetivos semanales
 - No demorar mucho (3 meses máximo o se hace muy pesado y se pierde el hilo de las interconexiones entre evidencias, aunque tienes 6)
 - 33 evidencias (entre 4 personas salen a 8 evidencias/facultativo)
 - 53 evidencias (14 cada uno)
 - 67 evidencias (17 cada uno)
- Lo difícil no son las evidencias sino los documentos y la coordinación entre los distintos estándares (labor del jefe del S^o)

Idea importante

- No es inventar información para cumplir las evidencias, es adecuar la actividad del servicio al contenido de la evidencia.

Formato interno de las evidencias

- Todas las evidencias tienen este formato y están en la zona común. Todos los miembros del servicio tienen acceso
- El contenido se copia directamente en la página de ACSA
- Los informes, documentos o certificados se adjuntan a la evidencia
- Ojo, cada evidencia debe tener todos sus documentos y no vale referirlos a otras evidencias

	FORMATO		Archivo: 1.01-b-c
			Fecha: 17-de octubre-de-2024
	Área:	Gestión	Página: 1
ANÁLISIS DE LOS ESTÁNDARES DE ACSA			

Estándar-viejo	1.01	Grupo	1-E
Responsable	Diego		
Nombre	La Unidad de Gestión Clínica tiene definido su sistema de gobierno clínico.		
Documentos	RF-GE-PG-Sistema Gobierno		

Contenido del informe.

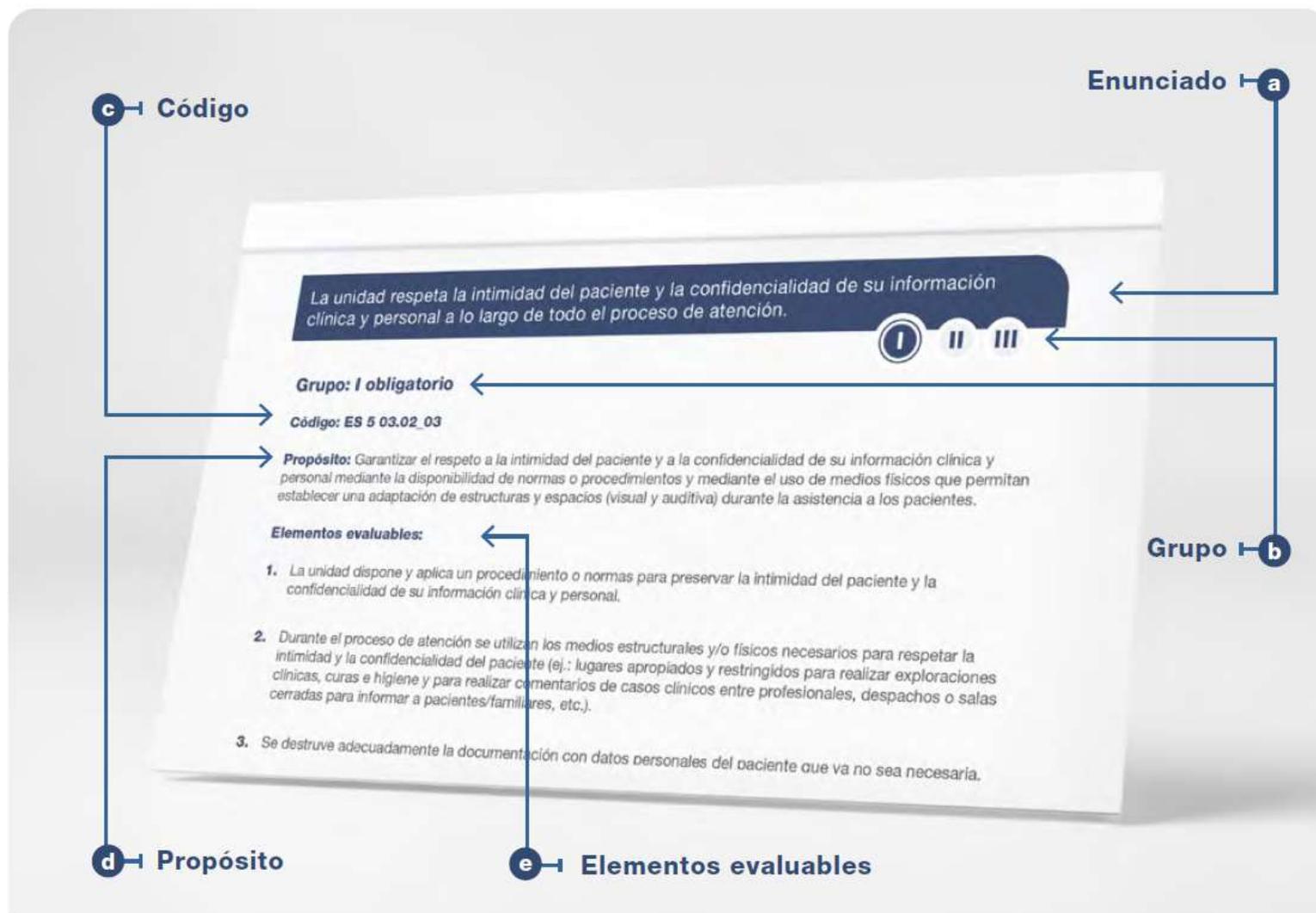
La unidad dispone de un procedimiento de modelo de gobierno (se adjunta) en el que se describen los puestos de trabajo de la unidad, el sistema de gobierno y su funcionamiento, el comité director, la periodicidad de su revisión y actualización, cubriendo aspectos de responsabilidades, análisis de sugerencias, objetivos, plan de innovación en la gestión y plan de formación de los profesionales.

Asimismo, en el procedimiento se indica la periodicidad de las reuniones y donde se recogen las decisiones tomadas y los canales de comunicación de los profesionales, por los que indicar los problemas encontrados en el funcionamiento de la unidad y las propuestas de mejora para un mejor funcionamiento de la unidad.

Las decisiones tomadas, se transmiten a los responsables de cada área (que se indican en el procedimiento), para que analicen la situación y lo expongan al resto de integrantes de la unidad.

El sistema de gobierno ha sido revisado y actualizado en mayo de 2024, debido a los cambios en el

Formato de los estándares



Importante

10

- Leer bien lo que dice el manual

Esta es obligatoria

Evidente

Ojo: esto debe estar definido en un documento aparte al que hace referencia esta evidencia (Plan de Calidad)

Debe existir una auditoría interna que lo garantice

La unidad dispone de un cuadro de mando que le aporta la información necesaria para la toma de decisiones.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.03_01

Propósito: Disponer de manera unificada y resumida de los indicadores relevantes que la unidad monitoriza para la toma de decisiones en base a resultados, además de los contemplados en su acuerdo de gestión clínica. Medir de forma sistemática y planificada dichos indicadores para comprobar que se encuentran en unos niveles preestablecidos e introducir correcciones cuando sea necesario.

Elementos evaluables:

1. La unidad dispone de un cuadro de mando con, al menos, indicadores de actividad, procesos asistenciales, presupuesto, seguridad del paciente, uso racional del medicamento, tiempos de respuesta y resultados en salud (además de los contemplados en su acuerdo de gestión clínica). Para cada indicador se ha definido su nivel mínimo de cumplimiento u objetivo.
2. La unidad ha definido un plan de monitorización que contempla: la frecuencia de las mediciones de los indicadores de la unidad, los responsables y las fuentes de procedencia de datos (ej.: auditorías de historias de salud, evaluaciones internas, sistemas de información, etc.).
3. La unidad monitoriza los indicadores de acuerdo a la frecuencia definida y evalúa los resultados obtenidos, identificando mejoras en caso necesario e informando a los profesionales de las mismas.

La 1ª en la frente

11

La unidad tiene definido su modelo de gobierno clínico.



Grupo: I

Código: ES 5 01.01_01

Propósito: Definir el modelo organizativo de la unidad para garantizar la toma de decisiones y su implementación, la relación y la comunicación interna eficiente, para así poder lograr sus objetivos y mantener la adecuada coordinación con las diferentes direcciones de su institución.

Elementos evaluables:

1. La unidad tiene descrito su modelo de gobierno clínico (director/a de la unidad, composición del Comité de Dirección, coordinador/a de cuidados, otros cargos intermedios, etc.), sus responsabilidades, el mecanismo de toma de decisiones, los canales formales establecidos para la comunicación interna y la coordinación con las direcciones de su institución (Gerencia, Dirección Médica, Dirección de Enfermería, etc.).
2. La Dirección de la unidad determina los canales por los que sus profesionales pueden comunicar los problemas de organización y funcionamiento que identifican, así como las propuestas de mejora a los mismos.
3. Las decisiones tomadas en el Comité de Dirección de la unidad se recogen en actas o similar y se difunden entre los profesionales a través de los canales formales establecidos (ej.: reuniones de equipo, boletines de comunicación interna, entrevistas con responsables, etc.).

Debe estar escrito el sistema de gobierno de la unidad

Deben estar escritos en el sistema de gobierno de la unidad los canales de comunicación

Acta de las reuniones

La 3^a

La unidad dispone de un cuadro de mando que le aporta la información necesaria para la toma de decisiones.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.03_01

Propósito: Disponer de manera unificada y resumida de los indicadores relevantes que la unidad monitoriza para la toma de decisiones en base a resultados, además de los contemplados en su acuerdo de gestión clínica. Medir de forma sistemática y planificada dichos indicadores para comprobar que se encuentran en unos niveles preestablecidos e introducir correcciones cuando sea necesario.

Elementos evaluables:

1. La unidad dispone de un cuadro de mando con, al menos, indicadores de actividad, procesos asistenciales, presupuesto, seguridad del paciente, uso racional del medicamento, tiempos de respuesta y resultados en salud (además de los contemplados en su acuerdo de gestión clínica). Para cada indicador se ha definido su nivel mínimo de cumplimiento u objetivo.
2. La unidad ha definido un plan de monitorización que contempla: la frecuencia de las mediciones de los indicadores de la unidad, los responsables y las fuentes de procedencia de datos (ej.: auditorías de historias de salud, evaluaciones internas, sistemas de información, etc.).
3. La unidad monitoriza los indicadores de acuerdo a la frecuencia definida y evalúa los resultados obtenidos, identificando mejoras en caso necesario e informando a los profesionales de las mismas.

El cuadro de mando son como las URV pero personalizadas y con aspectos/indicadores de ACSA

- El CM es muy útil a la hora de dar datos de la unidad y a la hora de controlar su funcionamiento
 - Auditorías internas
 - Aspectos del CSN (hermeticidad)
- Se cumplimenta mensualmente

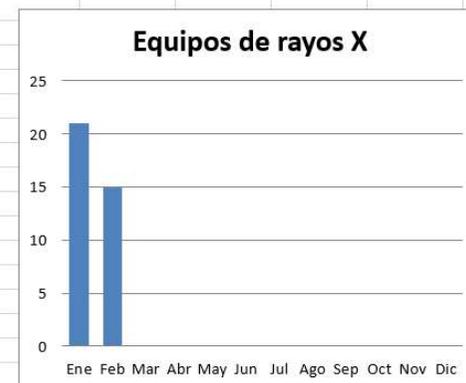
Cuadro de mando

13

Gestión acreditación Sº Radiofísica

CUADRO DE MANDO. UNIDAD DE RADIOFÍSICA. HUCSC 2025

INDICADOR	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Tot/Prom
Control de rayos X													
Convencionales	1												1
CT	1												1
Mamógrafos	1												1
Telemandos													0
Portátiles													0
Arcos	2	5											7
Ortopantos	1												1
Intervencionistas	1												1
Intraorales													0
Osteodensitómetros													0
CT MN													0
Total	7	5											12
HSC	1	4											5
Metropolitano	2												2
AGC Sur	4	1											5
TOTAL	21	15	0	24									
% respecto al total (105)	20,00	14,29	0,00	22,86									
Control de Radioterapia													
Controles aceleradores lineales	40	38											78
Dosimetría absoluta ALEs	2	2											4
Dosimetría relativa ALEs	2	2											4
Controles equipamiento de medida	1	1											2
Revisión Blindajes	1	1											2
TOTAL	46	44	0	90									
Control de Medicina Nuclear													
Controles SPECT de MN	12	12											24



El CM tiene 175 filas

La 4^a

La unidad cumple los objetivos presupuestarios pactados con la institución.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 01.04_03

Propósito: Cumplir los objetivos presupuestarios pactados con la institución. Realizar un seguimiento y control periódico del grado de cumplimiento de los mismos para corregir a tiempo las posibles desviaciones e informar a la Dirección de la unidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad cumple los objetivos presupuestarios pactados con la institución (personal, fungibles y productos sanitarios, farmacia).
2. En caso de producirse una desviación del presupuesto asignado, la unidad comunica a la Dirección de la unidad las causas que la han ocasionado, así como las acciones correctivas a realizar.

Es un estándar evidente
Hay pocos así

La 6^a

La unidad ha elaborado un plan de calidad.



El plan de calidad va cambiando según avanzas en la acreditación

Grupo: I

Código: ES 5 01.06_02

Propósito: Definir los niveles de calidad que ha de alcanzar la unidad en consonancia con las principales líneas del plan de calidad de la institución y con las necesidades y expectativas de sus pacientes, familiares, profesionales y otras unidades. Hacer partícipes a los profesionales de la unidad en la elaboración e implantación de dicho plan, contribuyendo a promover y mejorar la cultura de la calidad.

Elementos evaluables:

1. La unidad define e implanta un plan de calidad, que contempla su vigencia, responsabilidades, objetivos, líneas de trabajo e indicadores para su evaluación.
2. Los profesionales de la unidad conocen el plan de calidad y han participado en su elaboración e implantación.

Parece muy simple, pero:

- Hay que redactar el plan de calidad
- Indicadores
- Implantación
- Conocimiento de todos
- Conecta con la 1 (Sist Gob)
- Conecta con la 3 (CM)

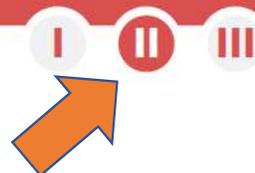
Necesario para nivel óptimo

Repercusiones en el Plan de
Calidad y el CM
Interconexión de estándares

Auditorías internas

La 7ª

La unidad lleva a cabo auditorías internas para comprobar el grado de cumplimiento de su plan de calidad.



Grupo: II

Código: ES 5 01.07_00

Propósito: Realizar una planificación y ejecución de auditorías internas que permitan a la unidad conocer el nivel de calidad de sus servicios, identificando incidencias en la implantación del plan de calidad.

Elementos evaluables:

1. La Dirección de la unidad elabora un plan de auditorías internas para comprobar el nivel de cumplimiento de las líneas de trabajo de su plan de calidad. El plan de auditorías define, al menos, el número de auditorías a realizar, la asignación de auditores y los listados de chequeo a utilizar.
2. La unidad lleva a cabo el plan de auditorías internas y dispone de los informes de las auditorías realizadas, en los que se incluyen los resultados obtenidos y las mejoras identificadas.
3. La Dirección de la unidad realiza una planificación y un seguimiento de las mejoras derivadas de las auditorías internas realizadas.
4. Los profesionales son informados de los resultados obtenidos y de las mejoras identificadas e implementadas.

- Representa un cambio de mentalidad:
 - Tú debes informar y estar informado del estado de las instalaciones que usas o controlas

El grupo 6. Soporte

La unidad conoce el estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que utiliza para realizar su actividad asistencial.



Grupo: I obligatorio

Código: ES 5 06.01_02

Propósito: Conocer el estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones que dan soporte al desarrollo de la actividad asistencial de la unidad. En caso de incidencias que alteren su funcionalidad o seguridad, se ponen en marcha medidas encaminadas a disminuir su impacto.

Elementos evaluables:

1. La unidad dispone de información actualizada sobre el estado de las condiciones de mantenimiento y seguridad de las instalaciones necesarias para el normal desarrollo de su actividad asistencial. Para ello necesita:
 - 1.1 Definir y utilizar un sistema de comunicación regular con los servicios de soporte de su institución.
 - 1.2 Acordar con los servicios de soporte qué información se le va a facilitar, cómo se le va a facilitar dicha información (ej.: reuniones informativas, informes detallados, etc.) y con qué periodicidad.
 - 1.3 Acordar y adoptar las medidas oportunas en caso de que los servicios de soporte le comuniquen la existencia de incidencias que alteran la funcionalidad o seguridad de sus instalaciones, para minimizar el impacto de las mismas.
2. Los profesionales de la unidad conocen y utilizan un sistema de comunicación de incidencias relacionadas con el funcionamiento, mantenimiento o seguridad de las instalaciones. Se realiza un seguimiento de las incidencias comunicadas (ej.: pendientes, en proceso, terminadas, etc.).
3. Unidades de urgencias: los vehículos de transporte utilizados para la atención sanitaria cumplen con la normativa legal vigente para su circulación, características técnicas y de equipamiento y se garantiza su correcto estado con revisiones periódicas. También, se dispone y aplica un procedimiento de limpieza de dichos vehículos y de su contenido, archivando los registros de la aplicación del mismo.

Más grupo 6, pero bueno !!!!!

18

La unidad garantiza la accesibilidad física de los pacientes y familiares.



Grupo: I

Código: ES 5 06.03_01

Propósito: Disponer de una señalización clara e inequívoca sobre la ubicación de la unidad que permita a los pacientes y familiares poder acceder fácilmente a sus servicios. Eliminar las barreras arquitectónicas y físicas que puedan suponer que determinadas personas no puedan hacer un uso adecuado de los servicios.

Elementos evaluables:

1. La señalización utilizada para la identificación y acceso a la unidad es inequívoca, está actualizada y en buen estado.
2. La unidad ha analizado, junto a los servicios de soporte de la institución, las condiciones de accesibilidad a la misma (barreras arquitectónicas o sensoriales) y se han adoptado o planificado medidas para mejorar las limitaciones identificadas.
3. Las instalaciones de riesgo o de tránsito interno de profesionales de la unidad tienen un acceso restringido.

Hay que poner carteles de Radiofísica para que sea fácilmente accesible

La evaluación de ACSA

19

- Vienen 3 evaluadores
 - 1 revisa el hospital en global
 - Otro se queda con el jefe para ver todos los documentos
 - Otro se va con el personal del servicio para ver si conocen la forma de realizar operaciones de interés, como:
 - Ubicación de los documentos
 - Formato para inscribir un efecto adverso (observatorio de la seguridad del paciente)
 - Formato para realizar una consulta al comité de ética
 - ...
- Las reacreditaciones para mantener el nivel (1.5 años) son mas simples, pues sólo se ven los estándares que te indican. 20 o 30



Ubicación y control continuo posterior

20

- La acreditación es un proceso continuo
- Todos los documentos están disponibles y actualizados en una zona común:
 - Contiene 2 carpetas y subcarpetas (6, 1 por grupo):
 - Evidencias en 6 carpetas
 - Documentos (incluye informes, certificados, documentos del hospital, ...)
- En muchos documentos se indican materias que deben ser controladas, a partir de ahora, para continuar con la acreditación.
Entre otros
 - Control de indicadores
 - Control de indicadores clave
 - Revisión de encuestas y sugerencias
 - Cuadro de mando (importante pues al cumplimentarse mensualmente te indica los aspectos de ACSA que tienes que hacer)
 - ...

Identificar bien los documentos

21

- Si el documento es el plan de calidad de la unidad, denominarla: RF-GE-ACSA-Plan Calidad-3 Ab 25
- Ubicarlo en la carpeta adecuada. Si se despista, repetirlos es un horror
 - Evidencias 1-01
 - Documentos internos grupo 1 Plan Calidad
 - Documentos hospital grupo 1 Reclamaciones RF

Acta de reunión inicial (firmada) para conocer ubicación de documentos e informar de aspectos de la acreditación

22

Gestión acreditación Sº Radiofísica

RF-GE-PG-Sistema Gobierno	
RF-GE-IN-Objetivos Individuales	
RF-GE-IN-Cuadro Mando	
RF-GE-PG-Sistema Gestión Documentos	RF-GE-DA-Documentos RF
RF-GE-PG-Plan Calidad	
RF-GE-PG-Funciones Responsabilidades	
RF-GE-DA-Plan Acogida	RF-GE-HI-Díptico Radiofísica
RF-GE-DA-Competencias Radiofísica	
RF-GE-RE-Encuesta Satisfacción	
RF-GE-EN-Satisfacción Servicios	
RF-DC-IT-Normas Confidencialidad	
RF-PR-HI-Paciente Semillas I-125	
Código Ético SEFM	
RF-GE-DA-Cartera Servicios Radiofísica	
RF-DC-PG-Manual Planificación	RF-DC-IT-Requisitos Planificación RF-DC-DA-Segunda Revisión
RF-GE-PG-Plan Seguridad Paciente	
RF-GE-IT-Almacén Productos Sanitarios	
RF-GE-RE-Registro Incidencias	
RF-PR-IN-Identificación Riesgos	
RF-EQ-IV-Equipamiento Radiofísica	
RF-EQ-IT-Seguridad Equipamiento	
RF-PR-PG-Plan Emergencia RT	
RF-PR-PG-Plan Emergencia MN	
RF-PR-IT-Gestión Residuos	
RF-EQ-IT-Caída Sistemas Información	

- Ojo, en muchas evidencias se dice que hay que informar al personal de la unidad
- Reunión con hoja de firmas
- Importante acta semanal o quincenal de reuniones con información mensual de indicadores

Conclusión

23

- En global, la acreditación de ACSA tiene cosas extrañas pero otras son bastante útiles y hacen crecer al servicio....
- Y al hospital

