

# ANEXO 4

*Herramienta para la autoevaluación de los “Estándares de calidad en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes DTI”*



Ministerio de Salud  
Argentina

## INTRODUCCIÓN

La herramienta que se presenta a continuación busca poner al alcance de los servicios e instituciones un método de autoevaluación del cumplimiento de Los Estándares de calidad en DTI.

Para cada Estándar se enuncian una cantidad de elementos verificadores que pueden ser estructuras, procesos y/o resultados (focos de evaluación) a ser cumplidos en el servicio, para alcanzar el estándar correspondiente, el resultado final brinda una imagen objetiva y accesible de las condiciones de calidad y seguridad en los diferentes servicios de DTI.

## OBJETIVOS

Poner a disposición de los establecimientos una herramienta que permita conocer la situación del servicio o instalación de DTI en relación a los “Estándares de Calidad en DTI”

Promover la implementación de diferentes estrategias para alcanzar la estructura, proceso o resultado que aún no haya alcanzado o desarrollado o necesita mejora.

## DESARROLLO DEL DOCUMENTO

La presente herramienta propone analizar diferentes dimensiones de la calidad, como son presentadas en el documento “Estándares de Calidad en DTI”:

- Estándares de Calidad de la Gestión y Control de la Calidad en DTI
- Estándares de calidad de atención y respeto de los derechos del paciente y su familia
- Estándares de calidad para la seguridad del paciente y el personal sanitario.
- Estándares de calidad estructurales y de recursos materiales en DTI
- Estándares de calidad para el personal

Ninguno de los Estándares brinda por sí solo una apreciación total de la calidad de un servicio. La combinación de todos ellos es lo que permite un abordaje integral y una evaluación del grado de desarrollo de la calidad que el servicio posee en un momento determinado.

Los elementos verificadores enunciados para cada estándar se agrupan en tres niveles

**Inicial:** En este grupo se encuentran los elementos verificadores que se consideran imprescindibles para alcanzar el estándar. Se relacionan principalmente con el desarrollo de un plan de calidad; la gestión integrada y coordinada de procesos; la redacción de protocolos técnicos y guías de práctica médica; el respeto de los derechos del paciente y sus familias; el desarrollo de un plan de seguridad radiológica; la capacitación del personal; protocolos de comunicación dentro del servicio y con el paciente y cumplir con la normativa nacional; todo correctamente documentado.

**Intermedio;** Este segundo grupo está formado por los elementos verificadores relacionados a el funcionamiento de la gestión implementada en el nivel anterior, el nivel de satisfacción del personal y los pacientes; evaluación por pares de la practica en el servicio ; recolección de información, bases de datos, evaluación de indicadores, uso de la información para implementar cambios en la gestión y orientar el trabajo del servicio en el futuro. Todo correctamente documentado.

**Avanzado:** para alcanzar este nivel el servicio tiene que alcanzar una gestión totalmente integrada a la institución a la que pertenece, capacitación a toda la institución, participación en comités y desarrollo de la investigación dentro de equipos interdisciplinarios: cumplir con la normativa internacional; la incorporación de la tecnología digital en todo el servicio y realizar auditorías internas y externas. Todo correctamente documentado.

### ***Las categorías de la evaluación son las siguientes:***

**SI:** Esta disponible o realizado, existen acciones o mecanismos verificables ejecutados que demuestran el cumplimiento elemento verificador.

**NM: Necesita Mejora** existen iniciativas estandarizadas, pero no necesariamente formalizadas para cumplir el elemento verificador.

**NO: No disponible o realizado,** no existen iniciativas para cumplir con el elemento verificador.

**NA: No Aplica** Para aquellos casos en donde el elemento verificador exceda los términos de la estructura u organización del servicio

<b>SI</b>	Está disponible o realizado
<b>NM</b>	Necesita Mejora
<b>NO</b>	No está disponible o realizado
<b>NA</b>	No aplica

### ***Evaluación de los estándares de calidad en DTI:***

La escala de medición propuesta es la siguiente:

Se considerará cumplido el estándar y alcanzado el nivel **INICIAL** para el mismo, cuando la respuesta sea

- **SI:** por lo menos en el 80% de los elementos evaluadores de nivel INICIAL y el 20% restante con respuesta Necesita Mejora **NM** (o NA)

Para lograr el nivel **INTERMEDIO** en un estándar, es condición mínima cumplir con:

- Haber alcanzado el nivel INICIAL y tener respuesta **SI** en el 80% de los elementos evaluadores de nivel INTERMEDIO y 20% restante con respuesta **NM**. (o NA)

Para el nivel **AVANZADO** en un estándar, se debe contar como mínimo con:

- Los niveles INICIAL e INTERMEDIO alcanzados y tener respuesta **SI** en el 80% de los elementos evaluadores de nivel AVANZADO y el 20% restante con respuesta **NM**. (o NA)

### ***Evaluación de la gestión, seguridad y calidad en los servicios de DTI:***

La evaluación del nivel del servicio será el resultado del porcentaje de estándares en cada nivel:

- **Nivel Inicial:** por lo menos el 80% de los estándares en nivel Inicial
- **Nivel Intermedio:** por lo menos el 80% de los estándares en nivel Intermedio y el otro 20% en nivel inicial
- **Nivel Avanzado:** por lo menos el 80% de los estándares en nivel Avanzado y el otro 20% en nivel Intermedio.

### ***Autoevaluación de calidad de la gestión, seguridad y control de calidad en DTI***

#### ***Estándares de la Gestión y Control de la Calidad en DTI***

<b><i>Estándar 1<sup>1</sup></i></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Programa de calidad del servicio					

<sup>1</sup> Programa de calidad desarrollado por el servicio o institución de DTI

Designación de un responsable de supervisar el programa de calidad					
Designación de delegados en las diferentes áreas del servicio					
Están definidos los Indicadores de calidad y se miden					
Capacitación permanente del personal sobre el programa de calidad y sus indicadores					
Comunicación periódica de los resultados y problemas en la calidad					
Rediseño de procesos de acuerdo al resultados de los indicadores					
Indicadores que demuestran mejora en periodos sucesivos					
<b>Estándar 2<sup>2</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Manual de Calidad					
Declaración de la misión institucional					
Objetivos de servicio claramente definidos y coherentes con el programa de calidad					
Manuales de procedimiento metodológico y técnico.					
Planos del establecimiento con señalización de zonas y áreas restringidas					
Registro de Novedades					
Planillas de registro y control de medicamentos e insumos					
Manuales del usuario del equipamiento					
Existe un procedimiento de evaluación revisión y corrección periódica del manual de calidad, los manuales de procedimientos técnicos y los protocolos de practica medica de acuerdo a nuevas publicaciones y bibliografía nacional e internacional.					
Evaluación del cumplimiento de los objetivos					
Adecuación de los objetivos					

<sup>2</sup>Documentación del Servicio de Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes

Evaluación revisión y corrección de manuales de procedimiento técnicos y protocolos de practica medica de acuerdo a resultados propios					
Plan anual de actividades					
Declaración de la visión y objetivos a largo plazo					
<b>Estándar 3<sup>3</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Se cuenta con la siguiente información de los pacientes: nombre apellido, DNI, sexo y edad.					
Se cuenta con la información del servicio: carga de trabajo, categorizada por estudio realizado e información de tendencia					
Existen indicadores para evaluar la calidad en la gestión del servicio					
Existen indicadores para evaluar la calidad de las practicas realizadas en el servicio					
Existen indicadores para evaluar la calidad de los informes médicos					
Existen indicadores para evaluar la calidad de las imágenes obtenidas					
Existen indicadores para evaluar la calidad de atención a los pacientes					
Se dispone de un registro administrativo de información propio del servicio que permite la evaluación de los indicadores de calidad					
Los indicadores definidos permiten evaluar las diferentes categorías de la calidad <sup>4</sup> desde las dimensiones: seguridad, tiempo, comunicación, cantidad de información brindada, grado de satisfacción					
<b>Estándar 4<sup>5</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>

<sup>3</sup> Recolección de información y calidad de la información obtenida

<sup>4</sup> Gestión de la calidad, practicas realizadas, informes médicos, imágenes obtenidas y atención a los pacientes

<sup>5</sup> Validación de datos y Análisis de tendencias

Se concientiza al personal del servicio sobre la importancia de la recolección de información fehaciente y completa					
Se dispone de una herramienta de recolección de información digital, que permite obtener los datos necesarios para evaluar los indicadores de calidad del servicio o institución					
Existen reglas y acciones de control de errores en las distintas partes del proceso de recolección de datos.					
Se dispone de una o más personas capacitadas adecuadamente para el procesamiento y análisis de la información y la descripción de resultados obtenidos					
Se utiliza la información obtenida y correctamente analizada para reevaluar objetivos, cambiar protocolos, hacer reestructuraciones del servicio, etc.					
<b>Estándar 5<sup>6</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Los servicios médicos ofrecidos son acordes a la misión institucional					
El personal está capacitado adecuadamente para brindar los servicios médicos ofrecidos					
Los servicios médicos declarados se ofrecen en su totalidad					
Existe una política institucional que permite la planificación y la adecuación del servicio ante la incorporación de nuevos servicios a la cartilla ofrecida					
La incorporación de nueva tecnología viene acompañada de un plan de implementación para su inmediata integración en el servicio					
Existen planes de desarrollo del servicio con la Dirección considerando análisis de tendencias integrados					
Datos y planes en materia de dotación al personal coherentes con los planes de desarrollo de la institución y el servicio					

<sup>6</sup> Planificación de los servicios médicos de DTI y su efectiva comunicación.

<b>Estándar 6<sup>7</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen mecanismos declarados de comunicación en el interior del servicio que garantizan el arribo de la información a todo el personal en el momento oportuno.					
Todo el personal dispone de los documentos que le competen y/o del acceso a los mismos.					
Todo el personal tiene conocimiento de las políticas y los procedimientos y de otra documentación					
Eficacia en la comunicación entre servicios					
Existen mecanismos para evaluar la efectividad de los canales de información y el compromiso del personal con el acceso y el conocimiento de la misma					
<b>Estándar 7<sup>8</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen manuales de procedimiento metodológico y técnico para Licenciados y Técnicos en Radiología adaptados a los recursos disponibles y las normativas vigentes					
Existen protocolos escritos de consenso sobre prácticas profesionales para personal médico adaptados a los recursos disponibles y las normativas vigentes					
Se encuentra disponible para la consulta, la evidencia científica (publicaciones, bibliografía, etc.) que respalda los manuales de procedimiento y los protocolos de practica medica					
Existe un protocolo para la actualización y aceptación de cambios de los manuales y protocolos de practicas					
<b>Estándar 8<sup>9</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Posee el servicio un programa de garantía de la calidad de Imágenes					
Conocimiento por parte del personal sobre los factores que contribuyen a la calidad de la imagen					

<sup>7</sup> Proceso de comunicación interna efectiva

<sup>8</sup> Guías Practicas y protocolos para los estudios realizados en DTI

<sup>9</sup> Control de Calidad de las imágenes

Responsable del programa de calidad de la imagen					
El personal conoce los criterios de evaluación de la calidad de la imagen: CEC <sup>10</sup> , PGMI <sup>11</sup> , etc.					
Participación de los médicos especialistas en la aceptación de la calidad de imagen					
Realiza ensayos del control de calidad de la imagen un físico medico (u otro profesional capacitado adecuadamente para esta tarea) con el instrumental adecuado, correctamente calibrado.					
Se realizan auditorías internas y/o externas de la calidad de imagen, análisis de las placas rechazadas y la tasa de repetición.					
Existen registros de auditorías internas y/o externas de calidad de imagen, análisis de las placas rechazadas y la tasa de repetición					
<b>Estándar 9<sup>12</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Política y procedimientos para exámenes de imágenes: mamografía, tomografía, resonancia, ecografía, procedimientos guiados por imágenes, etc.					
Política y procedimientos para exámenes en poblaciones especiales (por ejemplo, ancianos, pediatría, obesos, etc.)					
Disponibilidad del protocolos					
Disponibilidad de la documentación técnica					
Cumplimiento de la política y los procedimientos del protocolo de examen					
Especialista de en Diagnóstico por Imágenes que confecciona el examen					
Supervisión continua del profesional en formación					
Existe una política adecuada de optimización de las imágenes					

<sup>10</sup> CEC (Commission of the European Communities). 2000. Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. Protección Radiológica 118. (Luxemburgo: CEC).

<sup>11</sup> PGMI (Perfect; Good; Moderate; Inadequate), sistema de clasificación para evaluar la calidad de la técnica mamográfica del Servicio de Seguridad en Salud del Reino Unido

<sup>12</sup> Técnicas de obtención de Imágenes optimizadas

Se han demostrado mediante documentación los procedimientos de optimización					
Se considera la optimización una actividad de grupo					
Se desarrollan tareas de evaluación del personal en relación a su compromiso con la optimización de la practica					
Se realizan auditorías internas de la optimización de las prácticas en el servicio					
Se realizan auditorias externas que incluyen la evaluación de la optimización de la practica en el servicio					
<b>Estándar 10<sup>13</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen protocolos de redacción guía, escritos para la elaboración de informes médicos					
El medico informante es un especialista en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes					
Los informes poseen fecha, identificación del paciente, del médico prescriptor y del médico informante.					
Indicaciones clínicas y descripción del examen (técnica) y título					
Resultados del examen, hallazgos, comparación con previos, correlación y relevancia					
Registro de conclusiones, recomendaciones y/o orientaciones para tratamiento					
Registro de los efectos adversos del examen, incidentes, etc.					
Verificación de conformidad de los médicos solicitantes con los informes del servicio de DTI.					
Auditoría interna de la integridad de los informes médicos.					
Auditoria por pares de la calidad de los informes médicos.					

<sup>13</sup> Protocolos para la redacción de los informes médicos de los estudios de DTI

<b>Estándar 11<sup>14</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Política y procedimientos documentados para la comunicación de informes					
Cumplimiento de la política y los procedimientos de comunicación de informes: por ejemplo, puntualidad					
Confirmación de comunicación efectiva de los informes de los pacientes, a los médicos solicitantes.					
Auditoria de la comunicación efectiva de informe a los médicos solicitantes.					
<b>Estándar 12<sup>15</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existe un protocolo especial de actuación para la comunicación efectiva ante “Emergencia Médica” o “Resultado Crítico”					
Listado definido sobre los “valores críticos” para cada tipo de prueba diagnóstica					
Política de actualización del listado de valores críticos					
Confirmación de comunicación efectiva de los informes con resultado crítico a los médicos solicitantes.					
Auditoria de la comunicación efectiva de informes con resultado crítico a los médicos solicitantes.					
<b>Estándar 13<sup>16</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Los tiempos de realización de estudios, visualización de Imágenes e Informe médico, tienen un marco referencial definido de acuerdo a la condición del paciente (guardia; internado urgente; internado; ambulatorio urgente; ambulatorio)					
El personal administrativo, técnico y médico del servicio conoce los tiempos esperados de realización, entrega o visualización de imágenes e informe médico de cada estudio en cada condición.					
Los médicos de las diferentes áreas de la institución, conocen los tiempos esperados para la realización,					

<sup>14</sup> Comunicación del informe al médico solicitante

<sup>15</sup> Comunicación efectiva ante emergencia médica o resultado crítico

<sup>16</sup> Tiempo de entrega de estudios de imágenes y sus respectivos informes

entrega o visualización de imágenes e informe médico de cada estudio en cada condición.					
Existen mecanismos de control y alerta para verificar el cumplimiento de los plazos esperados para entrega de imágenes e informe médico.					
Se realiza auditoría interna del cumplimiento de los plazos esperados de realización, visualización o entrega de imágenes e informe médico.					
<b>Estándar 14<sup>17</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Posee el servicio un mecanismo para disponer de la información clínica del paciente previamente a la realización de los estudios e informes médicos					
Los estudios se realizan siempre conociendo y considerando la información clínica del paciente.					
Existe en el servicio una política y procedimientos de recuperación de exámenes por imagen e informes anteriores.					
Los estudios se realizan siempre conociendo y considerando los exámenes por imagen e informes anteriores, disponibles en el servicio.					
Posee el servicio mecanismos de control para identificar pacientes complejos.					
Se realiza auditoría interna y/o externa para verificar el uso de la información clínica y los exámenes de imágenes previos disponibles, en la atención y realización de estudios en el servicio de DTI					
<b>Estándar 15<sup>18</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Directrices documentadas para estandarizar el proceso de prescripción de los diferentes exámenes de imágenes					
Procedimiento para verificar los datos y justificar la elección de examen.					
Procedimiento para modificar órdenes.					

<sup>17</sup> Disponibilidad de la información clínica y de estudios de imágenes anteriores de los pacientes.

<sup>18</sup> Proceso de prescripción de órdenes para estudios de imágenes

Procedimiento administrativo ante la solicitud de turnos con ordenes incompletas.					
Políticas y procedimientos para las contraindicaciones específicas del examen solicitado.					
Información y capacitación permanente a los médicos solicitantes de la institución sobre el principio de “justificación de la práctica”					
Información por escrito a toda la institución sobre las dosis impartidas a los pacientes en cada estudio con uso de radiación ionizante.					
Mecanismo de análisis retrospectivo de la solicitud y el resultado, que permita identificar problemas en el proceso de prescripción, en estudios con radiación ionizante.					
<b>Estándar 16<sup>19</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Esta estandarizado el proceso de acceso y admisión (entrega de turnos) de pacientes al servicio en forma oportuna, estableciendo criterios de prioridad de acuerdo a su condición (emergencia; guardia; internado urgente; internado; ambulatorio urgente; ambulatorio)					
Existe un plan de contingencia en caso demoras por fallas en el equipamiento					
Existen mecanismos de control del funcionamiento en el proceso de acceso y admisión					
Tiempos de respuesta del servicio a emergencias y/ o urgencias controlados.					
Supervisión del cumplimiento de los tiempos máximos de entrega de turnos					
<b>Estándar 17<sup>20</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
El servicio posee un mecanismo para prever demoras excesivas en la lista diaria de trabajo					

<sup>19</sup> Acceso y Admisión

<sup>20</sup> Demoras en la atención en Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes

Existe un plan de contingencia ante la ocurrencia de retrasos prolongados en la lista diaria.					
<b>Estándar 18<sup>21</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Se encuentran estandarizados los procesos de continuidad y seguimiento de los resultados y los tratamientos de los pacientes.					
Participa el personal en reuniones pluridisciplinarias documentadas de correlación clínico patológica, juntas documentadas sobre tumores, análisis de morbimortalidad.					
Acta de reuniones y asistencia del personal					
Se realiza revisión de los resultados y el tratamiento de los pacientes que fueron atendidos en el servicio					
Auditorías internas y/o externas de procesos de revisión de resultados					
<b>Estándares de calidad de atención y respeto de los derechos del paciente y su familia</b>					
<b>Estándar 19<sup>22</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Políticas y procedimientos que garanticen el respeto y seguridad a la confidencialidad de la información sobre los pacientes.					
Política y procedimientos para el cuidado de la privacidad física de los pacientes					
Manipulación responsable de notas de archivo e historiales. Claves de acceso.					
Privacidad de las zonas de espera, consultorios, etc.					
El personal conoce los procedimientos de confidencialidad.					
Verificación del cumplimiento de la política y los procedimientos de confidencialidad					

<sup>21</sup> Continuidad y seguimiento planificado del Cuidado del Paciente

<sup>22</sup> Derechos del paciente y su familia

Verificación del cumplimiento de la política y los procedimientos de privacidad física					
<b>Estándar 20<sup>23</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen protocolos de procedimiento para garantizar la atención uniforme de todos los pacientes					
La oferta de servicios del establecimiento está disponible para todos los pacientes en su totalidad.					
Los pacientes con los mismos problemas de salud y/o iguales necesidades obtienen la misma calidad de atención.					
Se verifica la atención uniforme a través del análisis retrospectivo de condición, procedimiento y resultado.					
Se realizan auditorias internas					
<b>Estándar 21<sup>24</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen mecanismos para fomentar la participación activa de los pacientes y, cuando corresponda, de sus familiares, en las decisiones relacionadas con su salud					
<b>Estándar 22<sup>25</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Posee el servicio un protocolo de actuación ante la decisión de un paciente, o sus familiares responsables, de suspensión y/o rechazo de un tratamiento o estudio.					
<b>Estándar 23<sup>26</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Política y procedimientos que garantice la correcta identificación de los pacientes con Orden de No Reanimar (ONR)					
<b>Estándar 24<sup>27</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Política y procedimientos relativos a las quejas de los pacientes					

<sup>23</sup> No discriminación: todos los pacientes reciben la misma atención ante iguales condiciones de salud.

<sup>24</sup> Derecho a la Participación en la atención

<sup>25</sup> Derechos y Responsabilidades relacionados con la suspensión o rechazo del estudio o tratamiento a realizarse en el servicio

<sup>26</sup> Orden de No Reanimar(ONR)

<sup>27</sup> Resolución de Conflictos y Quejas del Paciente

Registros, análisis y respuesta a las quejas					
<b>Estándar 25<sup>28</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Política y procedimientos relativos al consentimiento informado.					
Conversación / Socialización para obtener el consentimiento.					
Conformidad con la política y los procedimientos de consentimiento					
Consentimiento informado específico para cada tipo de estudio					
Consentimientos informados que especifican la dosis factible de ser recibida por el paciente de acuerdo al estudio que será realizado					
<b>Estándares de calidad para la seguridad del paciente y el personal sanitario.</b>					
<b>Estándar 26<sup>29</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Posee el servicio un Programa de Seguridad Radiológica del paciente y del personal ocupacionalmente expuesto					
La documentación del Programa de Seguridad Radiológica está disponible en el servicio y es accesible en cuanto a seguridad radiológica, políticas y procedimientos de GC y dosimetría.					
Participa el servicio de un comité de Protección y Seguridad Radiológica de la institución					
Existe formación constante de los profesionales de salud sobre seguridad radiológica					
Realiza el personal una activa identificación de factores riesgo de irradiación innecesaria					
Posee el servicio un protocolo para asegurar que todas las salas poseen la habilitación correspondiente actualizada a las instalaciones radiológicas existentes,					

<sup>28</sup> Obtención del Consentimiento Informado

<sup>29</sup> Desarrollo de un Programa de Seguridad Radiológica del paciente y del personal ocupacionalmente expuesto.

por parte de Radio física Sanitaria del Ministerio de Salud correspondiente					
Usa Dosimetría personal todo el personal ocupacionalmente expuesto, se miden, controlan y registran los resultados					
Se basan los principios de dosimetría en normas internacionales valiéndose de una referencia adecuada					
Se dispone de todos los Elementos de Protección Radiológica (EPR) recomendados.					
Existe un protocolo para la verificación de la existencia y actualización de la señalética que alerta sobre los ambientes en los que es factible recibir irradiación.					
Se controla la dosis en pacientes en todas las áreas, incluidos los equipos utilizados en quirófanos.					
Hay gestión de las dosis impartidas a los pacientes en los estudios radiológicos y comparación con niveles de referencia					
Ejecuta el físico médico dosimetría personalizada de casos especiales al personal					
Existe auditoria interna y externa de las dosis impartidas al personal ocupacionalmente expuesto y al paciente.					
<b>Estándar 27<sup>30</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen protocolos para las pruebas de aceptación y las mediciones iniciales					
Confirman los informes de aceptación que el rendimiento del equipo es conforme a las especificaciones del fabricante					
Se efectúan mediciones de punto de partida como base para las pruebas de GC					
Se ha identificado a las personas responsables de realizar las pruebas de CC a intervalos regulares					

<sup>30</sup> Seguridad del equipamiento de los Servicios o Instituciones de DTI

Se cuenta con el equipo de prueba necesario para las mediciones del CC <sup>31</sup>					
Comprenden las pruebas de CC de los análisis de rechazos					
Se revisan periódicamente las técnicas radiográficas					
Se documentan adecuadamente las pruebas de CC					
Muestra el personal un entendimiento suficiente de los principios y procedimientos de las comprobaciones del CC					
Se adoptan medidas correctivas y se verifican en respuesta a los resultados del CC					
<b>Estándar 28<sup>32</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Esta descrita y operativa la función del OPR con relación de la protección radiológica ocupacional y la protección radiológica del público					
Es operativa y claramente descrita la función del físico médico (interno o externo) en la orientación y supervisión de las actividades de GC, protección radiológica y la dosimetría					
Están descritos los deberes del personal en los procedimientos de GC y protección radiológica					
Se desarrollan programas de capacitación en seguridad radiológica					
En las capacitaciones en Seguridad Radiológica está documentada la temática tratada, la asistencia del personal y la frecuencia con que esta debe brindarse					
Se deja tiempo suficiente para las actividades de GC, de seguridad y protección radiológica					
Se verifica el conocimiento práctico de los principios de seguridad radiológica					
Está disponible y en buenas condiciones el equipamiento personal de radio protección					

<sup>31</sup> Si los controles de calidad están hechos por un agente externo a la institución puede responder en relación a este.

<sup>32</sup> Nombrar un responsable de la Protección Radiológica y sus funciones.

Verifica el responsable de la seguridad radiológica el correcto y oportuno uso del EPR para todas las personas					
Son coherentes la evaluación de los riesgos y las políticas administrativas con los requisitos legales o las directrices correspondientes					
Son coherentes las políticas de optimización con los requisitos legales o las directrices correspondientes					
Es adecuada la política del servicio en materia de embarazo, existe señalización					
Es conveniente la verificación del embarazo					
Esta el personal al corriente de la política con embarazadas					
Son coherentes las políticas relativas a acompañantes y cuidadores en zonas peligrosas con los requisitos legales					
Existen gráficos o procedimientos para ajustar los parámetros de rayos X apropiados para pediátricos					
Son adecuadas, limpias y seguras las condiciones en que se encuentra el equipo y la sala					
Existen manuales y guías técnicas, sobre la técnica que debe ser utilizada.					
Están disponibles accesorios y dispositivos protectores de radiación					
Son apropiadas las señales de control de acceso a la sala					
Son adecuados la política y registros de supervisión de la dosis ocupacional					
Es coherente el diseño de la protección con los requisitos locales y las normas internacionales					
Es correcta la política para las mujeres embarazadas que forman parte del personal					
Es dicha política conocida y entendida por el personal					

Existen políticas sobre clasificación e identificación de zonas peligrosas					
Son las políticas sobre visitantes en zonas peligrosas coherentes con los requisitos legales					
Son adecuados los métodos utilizados para verificar la protección					
Existe una política para supervisar adecuadamente la protección radiológica					
Son los planes de contingencia de emergencia coherentes con los requisitos legales					
Existe un programa de calibración para la instrumentación dosimétrica					
Se ajusta la instrumentación del físico médico a normas de calibración					
Existen registros de calibración, comprendidos registro de comprobaciones cruzadas					
Se realizan comprobaciones cruzadas de los instrumentos dentro de tolerancias aceptables					
Se calibran in situ los medidores de producto kerma área del equipo					
Se estiman los niveles típicos de dosis del paciente de los exámenes corrientes y se comparan con los correspondientes niveles de referencia					
Se realiza acopio de datos sobre la dosis del paciente y se compara con los niveles de referencia					
Existen protocolos para estimar la dosis apropiada del paciente para los procedimientos del examen solicitado					
Se utilizan programas informáticos apropiados para las estimaciones de las dosis					
Se realizan periódicamente auditorías de la dosis al paciente y se compran los resultados con los correspondientes DRL					
Se han seleccionado valores apropiados de DRL para procedimientos corrientes					

Son conformes a la buena práctica las estimaciones de las dosis del paciente a partir de mediciones del maniquí					
Se documentan y realizan adecuadamente los cálculos de dosimetría					
Se reconoce el efecto de la configuración del paciente en la dosis que recibe					
Se realizan y documentan estimaciones de dosimetría para los participantes en investigación clínica					
Se realizan y documentan de manera aceptable estimaciones de la dosis fetal					
Son las estimaciones del grupo auditor de las dosis al paciente a partir de las mediciones del maniquí coherentes con la buena práctica de la TC y los exámenes mamográficos					
Hay auditorias de las dosis del paciente basadas en las mediciones del maniquí por medio de dispositivos de AEC coherentes con la buena práctica de la radiografía de tórax y la fluoroscopia abdominal					
<b>Estándar 29<sup>33</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Política y procedimientos para garantizar la correcta identificación del paciente y el correcto etiquetado del examen.					
Conformidad con la política y los procedimientos para verificar la identificación del paciente.					
Existe capacitación al personal sobre la correcta identificación del paciente y sus estudios					
Se verifica el cumplimiento de las actividades relacionadas con la correcta identificación del paciente y el etiquetado del examen.					
Proceso de auditoría de la identificación correcta del paciente y el etiquetado del examen					
<b>Estándar 30<sup>34</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>

<sup>33</sup> Identificación Correcta del Paciente y el correcto etiquetado del examen.

<sup>34</sup> Comunicación Efectiva

Se encuentra estandarizado el proceso de comunicación verbal entre el personal involucrado en la atención del paciente y entre estos con el paciente y sus familiares					
Se encuentra estandarizado el proceso de comunicación telefónica entre el personal involucrado en la atención del paciente y entre estos con el paciente y sus familiares					
<b>Estándar 31<sup>35</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Procedimientos estandarizados de verificación de correspondencia entre identidad del paciente, estudio indicado y motivo de consulta					
Fiabilidad de la identificación del paciente y la orden médica: comprobación efectuada por el médico.					
<b>Estándar 32<sup>36</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existe una determinación propia del servicio de los factores generales y específicos por los que ocurre la necesidad de repetición de estudios con uso de radiación ionizante					
Se desarrollan estrategias destinadas a prevenir la repetición de estudios con radiación ionizante, coherentes con la determinación propia de factores generales y específicos.					
<b>Estándar 33<sup>37</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Política y procedimientos para identificar condiciones clínicas previas: alergias, disfunción renal, marcapasos, anticoagulante, embarazo, contraste.					
Política y procedimientos para determinar las condiciones clínicas de seguridad del paciente: edad, infecciones, condiciones de movilidad, sedación y anestesia.					
Política y procedimientos para la preparación específica del examen: ayuno, entre otros.					

<sup>35</sup> Procedimiento invasivo y/o estudio de imágenes correcto, al paciente correcto

<sup>36</sup> Repetición de estudios con uso de radiaciones ionizantes

<sup>37</sup> Verificación del listado de control y preparación previa al procedimiento de DTI:

Método para descubrir dispositivos médicos encontrados					
Conformidad con la política y los procedimientos para determinar las condiciones clínica previas					
Conformidad con la política y los procedimientos de preparación para el examen					
Conformidad con la política y los criterios de seguridad clínica					
Se realizan auditorias internas y/o externas de la aplicación de la verificación del listados de control y preparación previa al procedimiento					
<b>Estándar 34<sup>38</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existe un protocolo para asegurar la transmisión de las imágenes y el informe médico de los estudios realizados en el servicio, cuando los pacientes son transferidos a otra institución.					
Existe un mecanismo de control y verificación de la transmisión de las imágenes y el informe medico de los estudios con uso de radiación ionizante, ante la transferencia de un paciente a otra institución.					
<b>Estándar 35<sup>39</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Eficiencia en la capacidad, almacenamiento y recuperación de archivos.					
Políticas y procedimientos de conservación, seguridad y almacenamiento de imágenes					
Cumplimiento de los requisitos reglamentarios					
Seguridad del almacenamiento y accesibilidad					
Identificación de archivos.					
Seguimiento de archivos.					
Cumplimiento de la política y los procedimientos de recuperación de exámenes					

<sup>38</sup> Transferencia de Pacientes

<sup>39</sup> Conservación de historiales e imágenes

Cumplimiento de la política y los procedimientos de conservación de imágenes					
Se realiza auditoria interna y/o externa de la eficiencia en la capacidad, almacenamiento, recuperación y seguimiento de archivos.					
<b>Estándar 36<sup>40</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
El servicio posee computadoras con conexión a internet					
El servicio posee un plan de adquisición de equipamiento organizado que establece prioridades para alcanzar la informatización del servicio					
El servicio posee un sistema de archivo y comunicación de Imágenes (PACS)					
En el servicio no se utilizan químicos para el revelado de placas					
Los archivos de imágenes están digitalizados en su totalidad					
El servicio esta digitalizado en su totalidad, CR y/o RD					
El servicio posee un sistema de información en radiología que integra imágenes con informes médicos de todos los estudios realizados a un mismo paciente en DTI (RIS)					
El servicio esta integrado aun sistema de información hospitalaria (HIS) que permite acceder a la HC de los pacientes.					
<b>Estándar 37<sup>41</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Los procesos y procedimientos de trabajo en su totalidad están dirigidos a mejorar la seguridad					
Política y procedimientos para incentivar la comunicación de la ocurrencia de fallas e incidentes					
Política y procedimientos para incidentes de seguridad y eventos adversos: registro, análisis, respuesta					

<sup>40</sup> Implementación de la informatización y las nuevas tecnologías como elemento de seguridad en DTI

<sup>41</sup> Programa de mejora de la cultura de la seguridad

Registro de incidentes de seguridad y eventos adversos					
Análisis de casos y planes de mejora de la calidad resultantes de la capitalización de la ocurrencia y registro de incidentes de seguridad					
<b>Estándar 38<sup>42</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Estandarización del cuidado del paciente en condición crítica					
Estandarización del cuidado del paciente de emergencia					
Estandarización del cuidado del paciente con diagnóstico o sospecha de enfermedades infectocontagiosas					
Capacitación al personal sobre la atención y cuidados a los diferentes tipos de paciente de acuerdo a su condición en los diferentes estudios realizados en DTI					
Supervisión y evaluación del personal sobre la puesta en práctica y conocimiento de los diferentes protocolos de cuidados a pacientes en las distintas condiciones.					
<b>Estándar 39<sup>43</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Políticas y procedimientos de sedación y anestesia					
Persona responsable del control de sedación/anestesia					
Disponibilidad, gestión e inventario del equipo de sedación/anestesia					
Política y procedimientos para el almacenamiento y administración de medios de contraste					
Política y procedimientos para la gestión de eventos críticos					
Persona responsable de la gestión de eventos críticos					

<sup>42</sup> Guías de Procedimientos para atención de Pacientes en condición crítica/ Pacientes de emergencia/ Pacientes con diagnóstico o sospecha de enfermedades infectocontagiosas en los servicios o instituciones de DTI

<sup>43</sup> Uso, selección, adquisición, almacenamiento, control y seguridad de medios de contraste y otros medicamentos usados en los servicios e instituciones de DTI

Disponibilidad, gestión e inventario de equipo para eventos críticos					
Personal capacitado en gestión de eventos críticos (técnicas de reanimación y utilización de equipo)					
Capacitación al personal del servicio sobre la administración de medios de contraste, sus efectos adversos y los signos y síntomas de detección temprana de efectos adversos					
Cumplimiento de la política y los procedimientos relativos a los medios de contraste					
Disponibilidad de personal para eventos críticos					
Registro de efectos adversos					
Análisis de casos con ocurrencia de efectos adversos					
<b>Estándar 40<sup>44</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Promover la higiene de manos					
Adherencia a la Higiene de manos del 100%					
<b>Estándar 41<sup>45</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Esta establecido en el servicio un protocolo para el manejo de residuos patogénicos y dispositivos cortopunzantes					
Existen protocolos documentados para las acciones a seguir ante la ocurrencia de estos accidentes.					
Se realizan tareas de capacitación del personal del servicio para prevención de accidentes biológicos					
<b>Estándar 42<sup>46</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Política y procedimientos para prevención de infecciones					
Cumplimiento de la política y los procedimientos de control de infecciones: limpieza, desechos, objetos					

<sup>44</sup> Higiene de Manos

<sup>45</sup> Manejo de residuos patogénicos, manejo y descarte de dispositivos cortopunzantes

<sup>46</sup> Precauciones de barrera con pacientes enfermos o sospechosos y procedimientos ante aumento abrupto de casos de una enfermedad infectocontagiosa

punzantes, técnicas asépticas y estériles, esterilización, etc.					
<b>Estándar 43<sup>47</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
El servicio dispone de un dispositivo de alerta epidemiológica, conectado a la autoridad correspondiente					
Se dispone de lineamientos para el manejo de emergencias sanitarias					
El personal esta capacitado para responder rápida y adecuadamente ante la ocurrencia de una emergencia sanitaria					
<b>Estándar 44<sup>48</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen métodos de estandarizados para la desinfección de superficies					
El servicio posee protocolos estandarizados guía para la prevención de infecciones					
Se capacita al personal y se promueve la incorporación de las prácticas en el servicio					
<b>Estándar 45<sup>49</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existen estrategias diseñadas para reducir el riesgo de caídas de las personas que circulan por el servicio y de los pacientes al momento de subir, bajar o permanecer en la camilla.					
Se realiza una activa identificación de factores de riesgo de caída en el servicio					
Se interpretan síntomas y signos para identificar a los pacientes propensos a sufrir caídas					
<b>Estándares de calidad estructurales y de recursos materiales</b>					

<sup>47</sup> Alerta epidemiológica

<sup>48</sup> Precauciones Universales y uso adecuado de desinfectantes.

<sup>49</sup> Reducir el Riesgo de Caída del Paciente y la persona que circula por el servicio

<b>Estándar 46<sup>50</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Las características constructivas cumplen con la reglamentación vigente					
El servicio posee doble circulación para pacientes ambulatorios y para pacientes hospitalizados o de urgencia					
Las salas poseen vestuarios claramente delimitados con puerta y traba					
La sala de espera posee asientos en cantidad suficiente					
El servicio cuenta con baños disponibles, próximos a la sala de espera en cantidad adecuada de acuerdo a la cantidad de pacientes y aptos para personas con movilidad reducida.					
Los locales relacionados a las salas tienen dimensiones adecuadas al tipo de actividad que allí se realiza.					
La circulación por los pasillos del servicio, el ingreso y egreso a los locales y la circulación por las salas se realiza sin dificultad ni obstáculos y es apto para personas discapacitadas y en silla de ruedas.					
Las salas poseen baño y vestuario/s propio/s					
Planos de suelo					
Control ambiental					
Existe un protocolo de mantenimiento y supervisión periódico de los locales, realizados por personal especialmente capacitado para la tarea.					
Existe evaluación de la comodidad, privacidad y atención de necesidades especiales de los pacientes					
Se realiza auditoría externa de los locales.					
<b>Estándar 47<sup>51</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
La acometida eléctrica es un tablero seccional					
Posee 3x380 + neutro +tierra					

<sup>50</sup> Características constructivas e instalaciones del servicio de DTI

<sup>51</sup> Características de las instalaciones

Iluminación 600 a 900 lux					
Las salas poseen acondicionamiento de aire					
Las salas de espera tienen acondicionamiento de aire.					
Existe un protocolo de mantenimiento y supervisión periódico de las instalaciones, realizados por personal especialmente capacitado para la tarea.					
Se realiza auditoria de las instalaciones					
<b>Estándar 48<sup>52</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Posee plano de calculo de blindaje aprobado por Radiofísica Sanitaria Nacional y/o Provincial					
Posee la sala los blindajes verificados por Radiofísica Sanitaria de acuerdo al plano y al equipamiento instalado.					
Poseen las salas las cortinillas plomadas; pantallas plomadas y biombos plomados de acuerdo al plano y al equipamiento instalado.					
Poseen las salas y las zonas la señalética se radioprotección acorde a las normas.					
Existe programa de identificación de riesgos de irradiaciones potenciales.					
Se realiza un análisis de vulnerabilidad y se evalúan periódicamente las instalaciones físicas para identificar, monitorear y controlar el acceso a las áreas de riesgo y las zonas restringidas					
Existe un protocolo para la limpieza de las salas					
Existen los elementos de atención clínica para monitorización signos vitales.					
Existe un protocolo de evaluación de la calidad de la limpieza del servicio.					
Existe un protocolo de capacitación para la actuación del personal ante situaciones de violencia.					

<sup>52</sup> Gestión y seguridad del servicio o instalación de DTI

Existen protocolos de seguridad ante emergencias, alertas sanitarias, desastres o catástrofes de origen interno o externo.					
Existe auditoria externa sobre la gestión y seguridad del servicio.					
<b>Estándar 49<sup>53</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Es coherente el procedimientos de adquisición del equipo con las necesidades locales y los recursos					
Está bien pensada la planificación del mantenimiento					
Tipos y números de equipo: obtención de imágenes, programas informáticos/ordenadores					
Política y procedimientos en materia de GC antes de su uso, CC y mantenimiento, seguridad y control de infecciones					
Registros preventivos de mantenimiento					
Existe y está documentada una política de sustitución del equipo					
Autorización y capacitación del personal					
Política y procedimientos para la protección y el respaldo de los datos					
Conformidad con la política y los procedimientos de protección y respaldo de los datos					
Política y procedimiento para la compra, el uso y sustitución del equipo					
Conformidad con las políticas y los procedimientos de compra, utilización y sustitución del equipo					
Cobertura del equipo: obtención de imágenes, programas informáticos/ordenadores, auxiliar, GC					
Detalles del equipo					
Protección del suministro de corriente (frente a fluctuaciones)					

<sup>53</sup> Gestión y seguridad del equipamiento

Red de tecnología de la información, servicios de apoyo, almacenamiento y respaldo					
Existe un responsable del mantenimiento del equipamiento con título de Ingeniero Biomédico u otro con acreditación adecuada para esa función.					
Se realizan auditorias del equipamiento y la documentación relativa a CC correspondiente					
<b><i>Estándares de calidad para el personal</i></b>					
<b><i>Estándar 50<sup>54</sup></i></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
El jefe del servicio de DTI es un especialista en DTI.					
El jefe del servicio es el responsables del desarrollo y mantenimiento de un programa de control de la calidad en el servicio.					
El jefe del servicio de DTI informa los diagramas de organización y líneas de autoridad a todo el personal.					
<b><i>Estándar 51<sup>55</sup></i></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
El personal del servicio conoce sus responsabilidades, las tareas a realizar y el resultado esperado de su tarea.					
Están publicadas y las horas de funcionamiento, numero y listas de miembros del personal.					
<b><i>Estándar 52<sup>56</sup></i></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
El personal del servicio recibe capacitación sobre la identificación, prevención y control de riesgos de sufrir accidentes y enfermedades de trabajo.					
<b><i>Estándar 53<sup>57</sup></i></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
El personal es evaluado en el desempeño de sus tareas, asistencia, seguimiento de protocolos, conocimiento de las reglas y normas institucionales,					

<sup>54</sup> Requisitos para la jefatura de Diagnóstico por Imágenes

<sup>55</sup> Descripción del puesto de trabajo

<sup>56</sup> Seguridad y salud ocupacional

<sup>57</sup> Proceso de seguimiento y evaluación del personal de DTI

respeto a los derechos del paciente, predisposición a su tarea y comportamiento con sus pares.					
<b>Estándar 54<sup>58</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Existe un funcionario responsable de la enseñanza y la capacitación					
Existe un programa de enseñanza académica para médicos especialistas en Diagnóstico por Imágenes (programas que funcionan en un campus, conferencias en el interior del servicio, enseñanza a distancia). Los profesionales participantes tendrán políticas para liberarse de las obligaciones clínicas en aras de la enseñanza, acceso a biblioteca, internet, sala de conferencias)					
Existe un programa de enseñanza académica para técnicos					
Existe programa de capacitación clínica para médicos especialistas, Licenciados en Producción de Bioimágenes, Técnicos Radiólogos. Puede ser interna del servicio o bajo la dirección de un organismo externo.					
Existe política para liberarse de las obligaciones clínicas para asistir a conferencias y estudiar					
Red de apoyo que permita comentar y facilitar el material de estudio					
Existen programas de capacitación clínica para médicos, licenciados, técnicos y físicos médicos.					
Los programas de capacitación cuentan con atributos de acreditación, bajo organismo reconocido, idoneidad de la persona responsable, estructura, supervisores capacitados, entorno clínico, duración suficiente, formularios de evaluación.					
Existen programas para los diferentes servicios y acceso a los mismos. Ej. evaluación de imágenes, protocolos, equipo de reanimación, radioprotección, revisiones internas y externas de auditorías.					

<sup>58</sup> Programas de enseñanza y capacitación

Reuniones profesionales y reuniones interdisciplinarias					
Capacitación estatutaria y reglamentaria (seguridad radiológica, seguridad en caso de incendio, levantamiento y manipulación)					
Revisiones internas y externas de auditoría					
<b>Estándar 55<sup>59</sup></b>	<b>S</b>	<b>NM</b>	<b>N</b>	<b>NA</b>	<b>OBSERVACIONES</b>
Se llevan a cabo investigaciones clínicas, existen ensayos clínicos, proyectos como parte de enseñanza y capacitación.					
Existen cumplen con una declaración de principios que abarque cuestiones éticas, buen gobierno y función y estructura del comité de investigación.					
Hay infraestructura para investigación, personal científico de calidad, acceso a la información, biblioteca, etc.					
Se publican los resultados de las investigaciones					
Se asignan fondos suficientes para las investigaciones					
Se dedica tiempo suficiente a actividades de investigación					
Se celebran reuniones de investigación periódicas					
Hay acceso a un estadístico					
Hay acceso a servicios adecuados de biblioteca e informática					
Cuentan los proyectos menores con un coordinador de la investigación					

---

<sup>59</sup>Investigación

Tiene el personal que realiza proyectos menores acceso a investigadores experimentados					
--	--	--	--	--	--

[argentina.gob.ar/salud](https://argentina.gob.ar/salud)



República Argentina - Poder Ejecutivo Nacional  
2021 - Año de Homenaje al Premio Nobel de Medicina Dr. César Milstein

**Hoja Adicional de Firmas**  
**Informe gráfico**

**Número:**

**Referencia:** ANEXO 4

---

El documento fue importado por el sistema GEDO con un total de 35 pagina/s.