



**Universidad Abierta  
Interamericana**

**FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD  
SEDE REGIONAL ROSARIO**

**“USUARIO Y CALIDAD DE SERVICIO”**

**AUTOR:** BRU, MARIA BELEN

**CARRERA:** LICENCIATURA EN PRODUCCION DE BIOIMAGENES

**Fecha de Presentación:** JULIO, 2019.

## INDICE GENERAL

Pp.

### CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

Título.....	3
Fundamentación... ..	3
Planteamiento del problema.....	3
Objetivos de la investigación... ..	3
- General.....	3
- Específicos... ..	3

### CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

El servicio de Diagnóstico por Imágenes... ..	4
Rayos X... ..	4
La radiología digital... ..	5
Calidad... ..	6
Las dimensiones de la calidad en salud... ..	8
Calidad en la prestación de servicios de salud... ..	8
Parámetros de calidad... ..	9
Resumen... ..	10
La relación Tecnico Radiólogo-Usuario.....	10
Historia de los derechos de los usuarios.....	11
Introducción a la radiología pediátrica.....	11
Nociones básicas de relación Técnico-Usuario .....	12
El Usuario .....	13
Principios básicos.....	14
La información... ..	14
Derecho a la intimidad.....	15

Consentimiento informado...	15
La historia clínica .....	17
Higiene hospitalaria.....	17
Principios y métodos de limpieza .....	17
Generalidades.....	18
Bioseguridad del personal.....	18

### CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

Contexto.....	19
Unidades de análisis .....	20

### ANEXO I

Técnica de Recolección de datos...	21
Encuesta.....	21
Resultados.....	22
Conclusión.....	25
Bibliografía .....	26

## CAPITULO I

### **Título: “USUARIO Y CALIDAD DE SERVICIO “**

#### **Fundamentación:**

Para un servicio de salud, el corazón del negocio, no solo consiste en la eficacia o eficiencia de la práctica o tratamiento allí realizado, sino la satisfacción del usuario, cualidad que fomenta el regreso del cliente, cautivo o no a la Institución.

Las instituciones con clientes cautivos como es el Servicio de Diagnóstico por Imágenes en el “Sindicato de Camioneros de Rosario” cuya finalidad es otorgar mayores beneficios a los afiliados que utilizan los servicios propios, uno de ellos, la calidad de atención, este punto resulta de vital importancia dado que todo usuario debe salir “Conforme” del lugar.

Llevar esto a cabo, no es posible sin contar con la retroalimentación del cliente, opinión que sirve de guía para las intervenciones que realizará la Institución en el bien de la comunidad. Puntualmente se estudia el servicio de Radiología, donde quien concurre a una práctica se encuentra con tres factores que dispondrán su apego al mismo: la percepción de trato brindado por el personal que se desempeña allí; la impresión que recoge de la práctica que se le realiza y la imagen de las instalaciones físicas.

#### **Planteo del problema:**

El sindicato de Camioneros sede Rosario, incluye entre sus afiliados a quienes participan diariamente de la recolección de residuos en la ciudad, las particularidades de la actividad mencionada hace que los mismos deban recurrir con cierta frecuencia al servicio de radiología, sector asistencial que con el advenimiento de las nuevas tecnologías en adquisición de imágenes, más nuevos algoritmos de tratamiento, ha modificado sus estructuras y procesos de atención, no teniéndose una percepción del impacto causado por las modificaciones en el usuario, y siendo unas de las metas sindicales, mejorar cada día los beneficios para el afiliado, surge el siguiente interrogante: ¿Considera el concurrente de los servicios de Diagnóstico por Imágenes del sindicato de camioneros de Rosario, positivos los cambios realizados en el proceso de atención?

#### **Objetivo General:**

-Conocer la evaluación que realizan los usufructuarios del servicio de Diagnóstico por Imágenes.

#### **Objetivos Específicos:**

- Analizar la opinión del usuario sobre el proceso de atención en la sala de RX.
- Considerar la impresión del usuario sobre la pulcritud de la sala de RX.

## CAPITULO II

### **Marco Teórico:**

#### **El servicio de diagnóstico por imágenes:**

Las salas de radiología requieren una planificación experimentada y una gestión de proyectos especializados.

El diseño de la sala es complejo, el revestimiento de plomo para contener la dispersión de los RAYOS X.

Las rutas de cableado deben adaptarse al flujo de trabajo.

Las normas de control y seguridad que habilitan el sector y aprueban la nulidad de fuga de radiación.

Una sala de diagnóstico básica consta de:

- Un generador de control de RAYOS X
- Un tubo de RAYOS X
- Una mesa bucky con porta chasis
- Un bucky mural con porta chasis.

El diseño de la sala debe ser tal que el haz directo de RAYOS X no puede dirigirse hacia la puerta de acceso. El poder bucky no se colocará en la proximidad de la puerta de acceso.

El acceso directo de la sala debe estar señalizado como una zona controlada.

Radiación de fuga, filtración, colimación y evaluación del haz es la radiación incontrolada que se escapa del tubo por fuera de la ventana del mismo, durante el tiempo de exposición radiográfica. Los valores de exposición deben ser conocidos en todo momento de manera que deben estar convenientemente señalizados.

Respetar botón de preparación exposición. No puede producir repetición involuntaria de disparos por rearme automático del temporizador

#### **Recomendaciones de funcionamiento:**

El técnico radiólogo de turno debe cerrar las puertas de la sala antes de realizar la exposición de radiación.

Debe leer atentamente que tipo de incidencia es la solicitada y el motivo de la exploración.

#### **Rayos x:**

El término concreto de “RAYOS X” se atribuye como creación al físico alemán Wilhen Conrad Roentgen (1845-1923). Se considera que descubrió como ciertos rayos eran capaces dentro de los tubos de vacío, de atravesar ciertas barreras sólidas y ante el descubrimiento que sobre los mismos tenían a cerca de su naturaleza o la manera en la que se producían, tomo la determinación de llamarlo “RAYOS X”.

Los “RAYOS X” son una forma de radiación electromagnética al igual que la luz visible, pero con algunas características diferentes. Esta diferencia es que los RAYOS X pueden penetrar o pasar a través del cuerpo humano y producir imágenes proyectando la sombra

de ciertas estructuras, tales como huesos, algunos órganos y signos de la enfermedad o lesión.

Se conoce como radiología a la disciplina que tiene como fin la producción de radiografías (imágenes del organismo obtenidas a partir del uso de RAYOS X). Mediante esta técnica, se disparan rayos por sobre el cuerpo como los rayos atraviesan los tejidos blandos, pero no, los huesos dibujan una imagen que permite apreciar los elementos óseos por las diferentes densidades.

### **La radiología digital:**

Los departamentos de radiología o imágenes se encaminan hacia el manejo computarizado, electrónico y en línea, los equipos vienen actualmente con los estándares electrónicos incorporados.

Todo el proceso es electrónico y está conectado a redes locales y a distancia. La implementación de los PACS que cumplen la norma llamada DICOM para la transmisión y archivo de imágenes médicas y de la norma HL-7 para la transmisión de datos médicos, permiten la conectividad.

Sus aportes prácticos son permitir segundas lecturas por sub especialistas posibilidades de proveer servicios radiológicos, servicios de diagnóstico radiológico las 24 has. A través de la red a costos razonables, permitiendo ahorros financieros notables.

El futuro de la radiología convencional será la digitalización completa, sistema cada vez más pequeños y portátiles además de la introducción a nuevos tubos de rayos x.

En la radiología mamaria se ha beneficiado los avances relacionados con la mejoría de la imagen, con la posibilidad de determinar lesiones más pequeñas, identificar micro calcificaciones y biopsias con sistema de punción desarrolladas al efecto bajo visión mamográfica o ultrasonido.

También hubo un importante avance con la implementación del control de calidad para todo el proceso y la estandarización del informe radiológico aplicando el protocolo conocido como Bi-Rads que optimiza el manejo del cáncer.

La radiología intervención ha logrado avances importantes en la calidad de la atención de los usuarios, en reducir costos de atención en salud reemplazando procedimientos de cirugía abierta: drenajes de abscesos, ablación de metástasis hepáticas, introducción de prótesis de lesiones obstructivas o aneurismas aórticos, cerebrales, malformaciones arteria- venosa y otros.

Todos estos avances en tecnología y ciencia de la computación han proporcionado una enorme capacidad para visualizar adecuadamente estructura y función en aplicaciones clínicas.

Los limitantes para tener el equipamiento con tecnología de punto son casi siempre financieras, acotadas por los recursos disponibles. Antes de adoptar nuevas técnicas radiológicas debemos demostrar que estas innovaciones tienen un resultado favorable en el tratamiento de los usuarios, son costos-eficientes y modifican conductas terapéuticas y pueden además ser utilizadas como screening en población sana. Los sistemas digitales sin duda reemplazarán a los convencionales por sus innegables ventajas. El ahorro de

tiempo por el revelado por ende la disponibilidad inmediata de la imagen así como toda la amplia gama de opciones que nos permite el post -procesamiento, la capacidad de disminuir la dosis individual si es bien usado y la disminución de los costos del servicio de radiodiagnóstico largo plazo luego de una importante inversión inicial, sitúan al sistema digital como un sistema rápido y eficiente para la medicina actual y a la vez permite un sistema de trabajo más sencillo y cómodo para el servicio de imagenología en general. Para comprender el proceso de atención en salud, de por sí complejo, dado involucra a personas en diferentes posiciones de poder, es primero necesario aclarar los términos involucrados. Para lo cual se parte de la referencia brindada por Donabedian (1980) sobre calidad en salud, la cual permanece vigente.

### **Calidad:**

Avedis Donabedian propuso en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica y que formulaba de la siguiente manera: “Calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueden acompañar el proceso en todas sus partes”.

Años más tarde en 1989, la Internacional Organización for Standarizacion (ISO) definió que: “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado” Esta definición que gozó desde el inicio de una amplia aceptación, transmite dos conceptos fundamentales. El primero de ellos es que la calidad de la asistencia puede medirse y de otro lado que la calidad es el grado de cumplimiento de un objetivo y por tanto depende de cómo se define este. Efectivamente, el concepto de calidad varía en función de quien lo utiliza y en consecuencia la idea de calidad será distinta cuando la aplica la administración, la gerencia del centro, que cuando el termino es aplicado por los profesionales y aun por los usuarios. Sin embargo, es evidente que estas tres ideas distintas de la calidad se entrelazan y se encuentran en una zona común.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de la asistencia sanitaria, “asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta los factores y los conocimientos del usuario”.

### **Calidad máxima versus Calidad óptima:**

Es importante diferenciar el significado de calidad máxima y calidad óptima. En efecto, la primera constituye un intento de consecución de la calidad ideal teórica, al precio que sea y con independencia de considerar si existen o no factores que se oponen a su consecución.

Representa como es lógico un desiderátum, una utopía, la mayor parte de las veces inalcanzable pero que hay que perseguir. Este concepto se opone la calidad óptima, es decir aquella que, atendiendo a las circunstancias presentes, es factible de conseguir. Significa por tanto una adecuación del esfuerzo que debe hacerse para conseguir una determinada calidad, la máxima posible atendiendo las circunstancias. Como se comprenderá, constituye una visión más realista y razonable.

### Motivaciones para la mejora de la calidad:

Las motivaciones por las cuales puede plantearse la mejora de la calidad son de distinto origen. De un lado, la transgresión o no adecuación de los valores éticos en una situación concreta puede aconsejar un cambio de esta hacia otra situación de mayor calidad acorde con los valores éticos. Por otra parte, la mejora de la calidad puede ser promulgada por el legislador, por ejemplo, al dictar leyes de acreditación de los centros de atención que contengan unos requisitos de mínimos para determinadas actividades. La mejora de la calidad puede generarse por otra vía, como es la constatación de que el centro posee una mala imagen dentro de la comunidad y en consecuencia el motivo social será en este caso el responsable del cambio. Por fin, los motivos económicos en general y el control de los costes en particular pueden ser la génesis del cambio.

### Planificación, evaluación y mejora de la calidad asistencial:

El aumento de los costos de la atención motivó en la década de los 80 una situación de crisis de los sistemas de atención a las personas que condujo progresivamente al convencimiento de que es necesario el establecimiento de prioridades, atendiendo a la limitación de recursos y al encarecimiento progresivo, sin menoscabo de la calidad de la atención. En este contexto los sistemas de atención a las personas se vuelven hacia las empresas industriales para aprovechar su experiencia en el manejo de situaciones de crisis y se empiezan a aplicar enfoques de la calidad provenientes de la industria que aportan un nuevo desarrollo a los conceptos de la calidad sanitaria.

### La aplicación práctica de la mejora de la calidad: el diseño de planes de calidad:

Los planes de calidad pretenden una serie de finalidades entre las cuales destacan cuatro: En primer lugar, el lograr el óptimo beneficio de la atención de cada usuario a través de la práctica de los profesionales por medio de los estudios de proceso y de resultado. Asimismo, el minimizar los riesgos, logrando un buen balance riesgo/beneficio, tratando de evitar accidentes o el causado por la propia asistencia. Otra finalidad que persigue es la obtención de la eficiencia en el uso de los recursos destinados a la atención o lo que es lo mismo, lograr una buena relación costes/resultados; en definitiva, conseguir este beneficio con los recursos mínimos. Por garantizar el confort y respeto al derecho de los usuarios, por medio del cumplimiento de las expectativas de los mismos, prestando los servicios en último término de forma satisfactoria para la población.

### Calidad de atención médica:

Se entiende por calidad la totalidad de funciones, características, ausencia de deficiencias de un bien o servicio o comportamiento de un bien producido o de un servicio prestado, que les hace capaces de satisfacer las necesidades de los consumidores o usuarios. La propia definición del concepto de calidad implica un cierto nivel de subjetividad, ya que cada individuo puede tener su propia apreciación o su particular juicio de valor a cerca del producto o servicio en cuestión.

Para el usuario la calidad en la sanidad tiene que ver con aspectos tales como el trato de los profesionales, la disponibilidad, las características físicas del centro donde recibe la atención o el tiempo que transcurre entre el momento en que solicita el servicio y efectivamente lo recibe.

### **Las dimensiones de la calidad en salud:**

**Efectividad:** A esta dimensión pertenecen atributos de calidad como el conocimiento y la experiencia técnica de los profesionales que prestan los servicios, así como sus habilidades para informarse y relacionarse con los usuarios y otros profesionales.

**Oportunidad:** La oportunidad es un fundamento básico de la calidad en salud que hace referencia a que el usuario reciba la atención óptima en el momento en que lo requiera, sea cual sea su patología y tipo de tratamiento.

**Seguridad:** Toda intervención asistencial, tanto si es preventiva como diagnóstico terapéutico, debe ejecutarse si causa lesiones adicionales, que puedan evitarse. Es decir, todo tratamiento e intervención debe ejecutarse sin causar lesiones adicionales que pueden evitarse. Es decir, Todo tratamiento e intervención debe ajustarse a las medidas de prevención y seguridad necesaria para que no causen un perjuicio colateral al usuario diferente a su dolencia inicial.

**Eficiencia:** El usuario debe recibir la atención que precise en el momento que así lo requiera, al menor costo posible y utilizando eficazmente los recursos disponibles.

**Equidad:** Característica como sexo, raza, creencias religiosas, ideología política, ubicación geográfica, nivel socio económico o cualquier otro motivo no pueden en ningún momento suponer algún tipo de desigualdad en el esfuerzo realizado para solucionar la salud del usuario.

**Calidad en la prestación de servicios de salud:** (una aproximación al concepto. Basado en varios autores.)

El pensamiento de Abadís Donabedian (1996) pionero en el estudio de la definición y evaluación de la calidad de la atención en salud, es siempre oportuno: “la calidad de la atención médica es una idea extremadamente difícil de definir; tanto por la rigurosidad técnico, científica con la que se debe afrontar , como por el significado práctico para la percepción del usuario: donde la rigurosidad científico- técnica, está sustentada en la ciencia y la tecnología médica que persigue alcanzar el máximo beneficio con el mínimo riesgo para el usuario.

La definición de calidad formulada por Organismo Internacional de Normalización (ISO) (Internacional Sanders Organización) establece esta dicotomía, en tanto hace referencia a los objetivos que se tomen en consideración al definir la calidad de un producto o servicio, así calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumplen los objetivos para los que fue creado (ISO, 1989), considerando, además, en el año 2000, en su norma ISO 9000: Sistema de gestión de la calidad. Fundamentos y vocabulario que calidad es la capacidad de un conjunto de características intrínsecas para satisfacer requisitos, en consonancia con los absolutos de la calidad en Crosby (1987) donde se define la calidad como el cumplimiento con los requisitos o la conformidad con las especificaciones, la cual se alcanza haciendo las cosas bien desde la primera vez.

La calidad en salud, en su más amplia concepción globaliza la complejidad que caracteriza a los servicios de salud, en tanto el servicio va dirigido a garantizar la vida del ser humano: en este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) Se manifiesta sobre la responsabilidad compartida que debe existir entre el estado, los

prestadores del servicio con los usuarios, definiéndola como “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria optima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del usuario y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del usuario en el proceso”(OMS,1991).

Aun cuando la calidad en la prestación del servicio, es definida a menudo , en función de la conformidad con las especificaciones y generalmente se conceptúa como un todo, producto de la interacción de múltiples factores ya sean técnico - científicos, administrativos, recursos económicos, recursos humanos , relaciones interpersonales, entre otros es la perspectiva del usuario la que fundamenta el curso de acciones a seguir cuando sus expectativas no son satisfechas, para lo cual es menester realizar cuestionarios periódicos o interrogatorios a los usuarios a fin de corroborar su percepción sobre la característica del servicio suministrado.

### **Parámetros de calidad en la prestación del servicio:**

Las dimensiones de la calidad de servicio son los factores o criterios en los que se basan los consumidores para evaluar la calidad de un servicio. (Llorens y Fuentes, 2006). En el diseño del instrumento para corroborar la percepción del usuario, es indispensable la definición de indicadores de estructura, de procesos o de resultados y el establecimiento de los estándares respectivos para medir la calidad del servicio. El instrumento de evaluación con indicadores, debe estar concatenado con otras estrategias de evaluación de la calidad, tales como: licenciamiento, la acreditación, la certificación que evalúan tanto proceso, como estructura en los prestadores de servicio de salud y la auditoria en salud que busca mejorar los resultados de la atención en salud al comparar las practicas realizadas contra estándares a fin de aplicar correctivos donde sea necesario.

Con independencia del tipo de servicio considerando, los determinantes de la calidad del servicio Para Suraman (1988) son : Elementos tangibles o la consideración del aspecto físico de las instalaciones , equipos , personal, materiales de comunicación e información: fiabilidad: la cual se refiere a la habilidad para la realización del servicio de manera cuidadosa y confiable; capacidad de respuesta: está referida a la celeridad y voluntad con la cual el personal se dispone a prestar el servicio , en forma oportuna : seguridad: implica los conocimientos y habilidades mostradas por el personal de manera tal que inspire confianza y credibilidad al usuario; y empatía la cual aborda aspectos tales como : cortesía , accesibilidad, información oportuna , comprensión al usuario.

Y de acuerdo con Malagón-Londoño (1999), en un servicio de salud se consideran parámetros de calidad: Puntualidad, presentación personal, prontitud en la atención, cortesía, amabilidad, respeto, trato humano, diligencia para utilizar medios de diagnóstico, agilidad para identificar el problema, destreza y habilidad para solucionarlo, efectividad en los procedimientos, comunicación con el usuario y su familia, interpretación del estado de ánimo de los usuarios, capacidad profesional, ética, equidad, presentación física de las instalaciones, presentación adecuada de los elementos, educación continua a personal del servicio y usuarios. Estos parámetros sirvieron de base para elaborar el cuestionario aplicado a la muestra de usuarios del servicio de consulta de medicina interna en el hospital seleccionado, a fin del abordaje a sus percepciones y expectativas sobre el servicio prestado.

### **En Resumen:**

La calidad en salud es el resultado de la interacción de múltiples factores los cuales se pueden asociar en dos componentes básicos: componente científico-técnico y componente referido a la calidad percibida, basado en las relaciones interpersonales (observancia de normas y valores sociales) y al entorno en que se desarrolla la prestación del servicio de salud (accesibilidad, condiciones medio ambientales, adecuación de instalaciones físicas y equipos , entre otras) los cuales son tangibles y por tanto pueden ser medidos.

La prestación de servicios de calidad en salud, se puede evidenciar a través de la implementación de un sistema de indicadores de gestión, compuesto por indicadores de estructura, proceso o resultados, que permitirán el control de la calidad del servicio, así como también monitorear el grado de satisfacción del usuario.

La fisura que existe entre la calidad percibida por el usuario y sus expectativas generara el grado de satisfacción o nivel de confort en cuanto al servicio prestado.

Para generar el mayor grado de satisfacción en el usuario, es importante el establecimiento de un sistema de garantía de calidad en la prestación de servicios de salud, que incluya fundamentalmente su planeación: control, aseguramiento y evaluación dentro de un programa de gestión debidamente planificado, donde son fundamentales los parámetros de medición de la calidad en la prestación del servicio.

### **La relación Técnico Radiólogo- Usuario:**

El arte de la atención, como tradicionalmente ha sido denominada fue un elemento importante en el trato del usuario para el logro de un resultado positivo. En este sentido, se ha afirmado repetidas veces que no solo son relevantes los aspectos de estricto trasfondo fisiopatológico, sino también las circunstancias del cuidado, el trato y la comunicación entre el equipo de salud y los usuarios, aun dados a las relaciones con sus familiares son factores significativos en la tarea que cumple todo trabajador de la salud.

No debemos olvidar que una de las principales quejas de los usuarios dentro del sector salud de nuestro país, es precisamente sobre la inadecuada calidad de la información que reciben y que el cuidado que se les brinda tiene poco respaldo científico.

La satisfacción del usuario, ha sido considerada tradicionalmente como factor determinante de la futura utilización de los servicios de salud, o bien consecuencia de la utilización de estos.

Podemos afirmar que la visión que se tiene del concepto del usuario sobre los servicios en salud, han sido estudiada por personas en distintos tipos de intereses. Haciendo un poco de historia, observamos como a mitad de la década de los 70 cobra vigor la preocupación por la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud en la Unión Americana; aspecto ligado al surgimiento de los movimientos de usuarios, lo que lleva a considerar la variable satisfacción del usuario como medida última de la calidad que ofrece una unidad de salud, llámese clínica, hospital, u otras.

### **Historia de los derechos de los afiliados:**

La era del paternalismo o era del poder absoluto del médico en la que este era un beneficiario para el usuario, pero sin cortar con la opinión de este fue sustituida paulatinamente por la era de la autonomía o era del usuario. Hemos mostrado cuales fueron los principales propulsores históricos, sociales, políticos, médicos, científicos y tecnológicos que desencadenaron todo este proceso ya que sin marcha atrás. No obstante, debo reconocer que nos hemos centrado en la segunda cara, la era de la exaltación de la autonomía, la era en la que ese usuario sumiso y desvalido pasaba a reclamar el poder de decidir, o al menos de participar en la decisión, en lo referente a aquellas técnicas diagnósticas y terapéuticas susceptibles de materializarse en su persona. El usuario va a ser objeto de esas técnicas y consecuentemente, también quiere ser sujeto, quiere saber, conocer por qué y el para que de la misma y a la postre, decidir de forma argumentada y consecuente su propio destino de salud.

La era del paternalismo o era del médico se extendió desde el año 500a.C hasta el año 1965. Tras ella vendría la era de la autonomía o era del usuario que a su vez desembocaría en la actual era de la burocracia o era de los contribuyentes. En este sentido, el paternalismo del médico y la autonomía del usuario, particularmente con respecto a las decisiones médicas, se verán reemplazadas por consideraciones sobre la eficiencia y conveniencia a nivel social e institucional, basadas principalmente en razones económicas y necesidades sociales.

Por otra parte, el usuario debe ser considerado primeramente como un ser humano responsable: el otorgamiento de una mayor autonomía para el usuario también debe implicar el otorgamiento de una mayor responsabilidad en la gestión de su propio cuerpo y de su propia salud, por tanto, resulta de vital importancia una educación para la salud destinada a hacer responsable a cada sujeto de su propio cuerpo y de su propia vida. No debe olvidarse que el usuario es el centro de atención de toda relación clínica, su persona es el punto donde equidistan y confluyen todas y cada una de las actividades médicas. Por tanto, no solo constituye el objeto de las mismas, sino que, asimismo es un ser humano dentro de un espacio bio-sanitario en el que van a cuestionarse interrogantes y adoptarse decisiones que de un modo u otro van influenciarle o afectarle sobre un espacio trascendental de su existencia: su salud y su vida.

No obstante, el otorgamiento de ese poder y libertad, el fundamento de la relación entre el usuario y del técnico radiólogo no debería de perderse: es necesario conjugar la autonomía del enfermo junto con otro derecho tradicional, la confianza que este último va a depositar en el profesional sanitario.

### **Radiología en Pediatría:**

Los exámenes radiográficos son fundamentalmente los mismos, que los utilizados en los adultos, con independencia de la edad del usuario cuando se modifican juiciosamente, la mayoría de las técnicas pueden aplicarse a los niños y a los lactantes. Respetando las medidas de protección radiológica según edad cronológica.

La protección frente a las radiaciones innecesarias tiene importancia especial. Hay algunas diferencias fundamentales en los parámetros radiológicos, como la utilidad limitada de las radiografías de tórax con Kv alto.

Para el técnico, sin embargo, la diferencia más obvia consiste en que muchos usuarios son de muy corta edad o están demasiado asustados para colaborar con el examen.

La mayoría de los procedimientos radiológicos necesarios en niños no son dolorosos, sin embargo, los niños pequeños se resisten muchas veces a tales exámenes, debido a que han aprendido que los procedimientos médicos suelen hacerles daño.

Su miedo aumenta si se les separa de sus padres o madres y también al ver las grandes máquinas de RX.

La mayoría de los niños se muestran razonablemente adaptables cuando se les trata de forma adecuada. Esto requiere tiempo, pero en general menos del necesario para obtener un buen examen en un niño asustado y no colaborador.

### **Nociones básicas de relación Técnico Radiólogo- Usuario:**

Para establecer una buena relación con los niños es necesario generar una empatía particular hacia ellos, no solo a los sanos y felices, sino también a los enfermos, que muchas veces se muestran cansados, inseguros y asustados.

Los siguientes requisitos consisten en comprensión, paciencia y honestidad. Es necesario comprender dentro de lo posible los miedos, las necesidades y los deseos de los niños.

Se debe tener en cuenta que el niño posee un concepto inmaduro del mundo y que la enfermedad conduce con frecuencia a conceptos erróneos y miedos injustificados sobre lo que sucede en el hospital o en el centro de salud.

De hecho ¿qué puede pensar un niño pequeño sobre la gran cámara fotográfica que saca fotos de lo que hay en su interior? Además, ciertas palabras pueden asustar a los niños. Si un técnico le dice a otro que “dispare” para indicar que haga la exposición, es probable que el niño empiece a gritar, debido a que piensa en el disparo de un arma de fuego o algo similar.

Entre las demás palabras que puedan asustar a los niños, dependiendo de su edad, se incluyen aguja, dolor, quitar, cortar, operación, cáncer, leucemia y otras muchas.

Se requiere comunicación para enterarse de su nombre o apodo preferido, descubrir lo que les interesa y después explicarles en palabras simples lo que se les va a hacer.

La comunicación es más efectiva si se habla al nivel de los ojos del niño, lo que significa que quizás convenga arrodillarse en el caso de los niños pequeños. En ocasiones el niño pedirá que le describan varias veces el procedimiento, tales repeticiones pueden poner a prueba la paciencia del personal sanitario.

La comprensión y la paciencia tendrán poco valor, sin embargo, si no se describe con honestidad un procedimiento que probablemente resulte desagradable o doloroso, como deglutir una suspensión de bario, introducir el líquido de un enema o administrar la inyección para un programa intravenoso.

Nunca se ha de decir a un niño que un procedimiento doloroso no le hará daño. Los niños suficientemente mayores para comprender, se les debe proporcionar una explicación previa.

El técnico tiene que aprender a observar y evaluar con rapidez el nivel de madurez y la capacidad de comunicación de cada niño.

### Protección radiológica aplicada a usuarios

A raíz del descubrimiento de la radiactividad y los rayos X a finales del siglo XIX se pusieron de manifiesto los daños producidos por las radiaciones ionizantes. Desde entonces la identificación de muchos usos beneficiosos e importantes de las radiaciones ionizantes y el desarrollo de nuevos procesos tecnológicos que las generan, fue paralelo al mayor conocimiento del daño producido, poniendo de manifiesto la necesidad de establecer medidas protectoras para asegurar un nivel adecuado de protección al ser humano, que constituye el origen de la disciplina denominada PROTECCION RADIOLOGICA.

En este sentido, ya al inicio del siglo XX se publican las primeras recomendaciones y regulaciones referentes a la protección contra el uso de las radiaciones y se crean las primeras organizaciones para la protección radiológica.

La comisión Internacional de Protección Radiológica (ICRP) reconstituida con este nombre en 1950 sobre la base de una comisión análoga fundada en 1928, surge con el objetivo de establecer la filosofía de la protección radiológica fundamentada en los conocimientos científicos sobre los efectos biológicos de las radiaciones ionizantes. Sus conclusiones, que se dan a conocer a través de recomendaciones, proporcionan asesoramiento sobre los principios fundamentales que sirven de base al establecimiento de una protección radiológica adecuada, y han constituido una base sólida para las normas reguladoras de los distintos países de acuerdo con sus prácticas y políticas habituales.

En la aplicación de los tres principios del sistema de protección radiológica (justificación, optimización y limitación de dosis) para la protección de los trabajadores, adquiere una especial relevancia el principio de optimización.

Mientras que el establecimiento de unos límites de dosis a los trabajadores asegura la protección frente a exposiciones intolerables, la aplicación del principio de optimización reduce tanto las exposiciones como el número de trabajadores expuestos a un valor tan bajo como sea razonablemente alcanzable. Lo que supone la reducción de los riesgos a valores aceptables después de realizar una valoración frente a los beneficios obtenidos.

### El Usuario:

#### La autonomía del usuario y los derechos en materia de información y documentación clínica en el contexto de la Ley 41/2002

El 16 de mayo de 2003 entro en vigor la Ley 41/2002, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica (LAP).Esta norma, que condicionara el presente y futuro de las relaciones entre los usuarios y los profesionales sanitarios, no ha tenido la suficiente difusión y debate en las organizaciones sanitarias, siendo fundamental el conocimiento de la misma como paso previo a la adaptación de todas las estructuras organizativas a este imperativo legal.

La LAP desarrolla cuestiones que la Ley General de Sanidad de 1986 trataba de manera insuficiente: la información, el consentimiento o la historia clínica, recogiendo los

criterios jurisprudenciales que sobre estas materias se han ido desarrollando desde la promulgación de la Ley General de Sanidad.

Se ha de destacar la trascendencia que la LAP tiene en el ámbito de nuestro ordenamiento jurídico y nuestro Sistema Nacional de Salud. Se trata de la primera Ley importante postconstitucional que afronta decididamente cuestiones básicas atinentes a la relación clínico-asistencial, lo que la diferencia de Ley General de Sanidad.

### **Principios básicos:**

Los principios básicos que deben orientar toda la actividad encaminada a obtener, utilizar, archivar, custodiar y transmitir la información y la documentación clínica son: la dignidad de la persona humana y el respeto a la autonomía de su voluntad y de su intimidad.

Toda actuación en el ámbito de la sanidad requiere, con carácter general, el previo consentimiento de los pacientes. El consentimiento debe obtenerse después de que el usuario reciba una información adecuada, tras la cual el enfermo tiene derecho a decidir libremente entre las opciones clínicas disponibles, incluida la negativa al tratamiento.

Todo profesional que interviene en la actividad asistencial está obligado no solo a la correcta prestación de sus técnicas, sino al cumplimiento de los deberes de información y de cumplimiento clínica, y al respeto de las decisiones adoptadas libre y voluntariamente por el usuario.

Nos encontramos frente a una norma aprobada con el respaldo de todos los grupos parlamentarios, que expresa el progreso ético de una comunidad, pero que requiere un esfuerzo de asimilación, formación y compromiso para que no se quede en una declaración de buenas intenciones.

### **La información:**

La información, considerada como un proceso de relación verbal de intercambio de información entre el profesional sanitario y el usuario, forma parte de todas las intervenciones sanitarias y constituye un deber más de los profesionales. El titular del derecho a la información es el usuario. También serán informadas las personas vinculadas a él, por razones familiares o, de hecho, en la medida en el que el usuario lo permita.

La información se regula no solo desde el punto de vista asistencial sino también la relacionada sobre el Sistema Nacional de Salud y el derecho a la información necesaria para poder elegir médico y centro sanitario. En la actualidad ya se asiste al debate sobre si esta información debería abarcar también las diferencias que implica el hecho de que el tratamiento propuesto sea prácticamente en un determinado centro y por un determinado médico.

Así mismo, los ciudadanos tienen el derecho a conocer los problemas sanitarios de la colectividad cuando impliquen un riesgo para la salud pública o individual (derecho a la información epidemiológica).

De acuerdo con el Código de Ética y Deontología Médica, se recoge la limitación de la información en caso de necesidad terapéutica, cuando el conocimiento de la situación pueda perjudicar de manera grave la salud. Llegado este caso, el medico lo reflejara en la historia clínica y lo comunicara a las personas con el usuario. No debe confundirse la

necesidad terapéutica con el pronóstico fatal, pues en este segundo caso nos encontramos, desde un punto de vista ético y legal, en la obligación de informar.

### **Derecho a la intimidad:**

Toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización. El usuario tiene derecho a saber quién tiene acceso y que datos son conocidos, igualmente tiene derecho a la rectificación de los datos en el caso de que sean correctos.

En las instituciones sanitarias son muchas las personas que tienen acceso a la información clínica del usuario que pertenece a la esfera más íntima de su personalidad y estos profesionales están limitados por la confidencialidad a la que tienen derecho todos los ciudadanos y que solo puede ser quebrantada por el consentimiento del interesado o por imperativo legal. Igualmente, algunos casos concretos planteados como dilemas éticos en los que es imprescindible para la protección de terceras personas (Ej. negativa de un paciente a comunicarle a su pareja que padece HIV y negativa a utilizar mecanismos de protección del contagio del mismo, o el deber del médico de advertir a un tercero cuando un paciente hace amenazas específicas de daño hacia una persona fácilmente identificable.

La obligación de confidencialidad no afecta exclusivamente a los médicos que atienden al enfermo, sino a todo el personal sanitario y no sanitario, tanto de la institución como de las posibles empresas que trabajan dentro del hospital. En este sentido ha de realizarse un esfuerzo importante en todas las estructuras sanitarias para adaptarse a estos imperativos bioéticos y legales, ya que no es infrecuente ver información en mesas o en salas de reuniones sin ningún tipo de control de acceso.

### **Consentimiento informado:**

Es el exponente máximo del derecho a la autonomía, derecho subjetivo y uno de los cuatro principios en los que se fundamenta la ética de la asistencia sanitaria o bioética. El consentimiento informado implica tanto valores sociales como individuales y puede definirse como la explicación a un paciente atento y mentalmente competente, de la naturaleza de su enfermedad, así como el balance entre los efectos de la misma y los riesgos y beneficios de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos recomendados, con el fin de solicitarle su aprobación para ser sometidos a esos procedimientos.

La nueva norma, en consonancia con la opinión de los expertos y la jurisprudencia, fija que como regla general la información y el consentimiento informado se realizaran de forma verbal, con las siguientes excepciones: intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos invasores y en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa para la salud del paciente.

No será necesario el consentimiento informado en los siguientes casos:

- 1) Cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública.
- 2) Urgencia, cuando existe riesgo vital y no es posible conseguir la autorización.

El consentimiento se otorgará por representación en los siguientes casos:

- 1) Cuando el usuario no sea capaz de tomar decisiones, a criterio del médico responsable de la asistencia, o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación. Esta atribución al médico de la capacidad de evaluar la incapacidad es una de las novedades más importantes de esta Ley, que permitirá subsanar las dificultades legales que existan a la hora de necesitar a la hora de necesitar el consentimiento de personas que no se encontraban en condiciones de darlo y que sin embargo no estaban incapacitados legalmente (Ej., personas ancianas con demencia senil no incapacitadas).
- 2) Cuando el usuario está incapacitado legalmente.
- 3) Cuando para el usuario menor de edad no sea ni intelectual ni emocional posible comprender el alcance de la intervención. En este caso, el consentimiento lo dará el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene más de doce años cumplidos. Cuando se trate de menores emancipados o con dieciséis años cumplidos no cabe prestar el consentimiento por sustitución. Sin embargo, en caso de actuación de grave riesgo, según el criterio del facultativo, los padres serán informados y su opinión será tomada en cuenta para la toma de la decisión correspondiente. Se exceptúa la interrupción voluntaria del embarazo, la práctica de ensayos clínicos y las técnicas de reproducción asistida, que seguirán rigiendo por lo establecido por lo establecido con carácter general para la mayoría de edad. El avance conceptual en la capacidad y autonomía del menor queda ensombrecido por una notable confusión y poca claridad de estos artículos. La determinación de la madurez y capacidad del menor sigue siendo una responsabilidad médica no regulada.

La Ley indica que cuanto más dudosa sea la efectividad de un procedimiento diagnóstico o terapéutico, más necesario es desarrollar cuidadosos procesos de información y de consentimiento y, por lo tanto, la necesidad del soporte escrito.

En la actualidad más que de un consentimiento informado se puede hablar de decisiones compartidas por el médico y el usuario en situaciones de incertidumbre en las que existen dos o más alternativas clínicamente razonables.

No cabe dudas que una atención sanitaria de calidad requiere, entre otras cosas, el respeto a la autonomía de la persona, punto recogido por la Ley 41/2002 y que implica necesariamente escuchar a la persona, informarla adecuadamente, recabar su consentimiento libre y voluntario y registrar convenientemente todo el proceso.

Además, es necesario verificar que la información es la adecuada, adaptándola a las circunstancias personales del usuario.

#### Instrucciones previas

Derivado del principio de respeto a la autonomía del usuario, la LAP contempla en su artículo la posibilidad de que una persona (mayor de edad, capaz y libre) manifieste anticipadamente su voluntad, con objeto de que esta se cumpla si llegado el caso no se encuentra en situación de expresarla personalmente, una vez llegado el fallecimiento, sobre el destino de su cuerpo o de los órganos del mismo.

Lo único que obliga la Ley es que sea fehaciente (que deberán constar siempre por escrito), pero deja en libertad las formas de llevarlo a cabo (ante notario, ante testigos o incluso ante el médico u otros profesionales con constancia probada en la historia clínica).

### **La historia clínica:**

La finalidad de la historia clínica es la de facilitar la asistencia sanitaria, dejando constancia de todos aquellos datos que, bajo criterio médico, permitan el conocimiento del estado de salud. Todo usuario tiene derecho a que quede constancia, por escrito o en el soporte técnico adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales realizados por los servicios de salud, tanto en el ámbito de la atención primaria como la especializada.

El texto básico declara que los centros deberán conservarla como mínimo, cinco años contados desde la fecha del alta de cada proceso asistencial.

La Ley 41/2002 recoge el derecho del paciente de acceso íntegro y copia de la historia clínica con dos límites fundamentales: pueden reservarse las anotaciones

Subjetivas del médico y la confidencialidad de los datos de terceras personas.

Los familiares o personas vinculadas al usuario fallecido pueden acceder a la historia clínica salvo que el fallecido lo hubiese prohibido expresamente. En cualquier caso, el acceso de un tercero a la historia clínica motivado por un riesgo para su salud se limitará a los datos pertinentes.

El acceso a la historia clínica con fines judiciales, epidemiológicos, de salud pública, de investigación o de docencia, se regirá por lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal que considera a los datos relativos a la salud como especialmente protegidos, y en la Ley General de Sanidad.

Los profesionales que han atendido al usuario tienen el deber de cumplimentar la información técnica, estadística y administrativa que requieran los centros o servicios de salud competentes, comprendidos los relacionados con la investigación médica y la información epidemiológica.

### **Higiene hospitalaria:**

La higiene ambiental contribuye en gran medida al control de las infecciones. Se ha demostrado que determinados reservorios ambientales pueden ser el origen de colonización de los usuarios y manos del personal que los asiste y de brotes de infección nosocomial, por ello se considera que todo lo que rodea al usuario debe ser sometido a una limpieza rigurosa.

### **Principios y métodos de limpieza:**

#### **Limpieza:**

Es la eliminación por arrastre de toda suciedad, incluyendo materia orgánica, que pueda contener agentes infecciosos que encuentran condiciones favorables para sobrevivir y multiplicarse.

#### **Tipos:**

Se diferencian dos tipos de limpieza:

1) Rutinaria: es aquella que se realiza en forma diaria.

2) Terminal: es aquella que se realiza al alta del usuario, en forma minuciosa (por ejemplo: colchón, cunas, accesorios del paciente y mobiliario)

### **Generalidades:**

La limpieza consiste en la remoción de polvo, manchas y detritus visibles.

La suciedad inactiva los agentes desinfectantes y protege a los microorganismos del contacto con desinfectantes y esterilizantes.

La limpieza adecuada del ambiente hospitalario reduce la carga microbiana de las superficies ambientales.

### **Bioseguridad del personal:**

- El personal al efectuar la tarea deberá:
- Cumplir con las normas de bioseguridad (precauciones estándar).
- Conocer y cumplir estrictamente las normas con relación a los riesgos laborales.
- Usar vestimenta adecuada manteniendo el uniforme visiblemente limpio.
- -Usar delantal impermeable, barbijo y antiparras si hay riesgo de salpicaduras o en sectores de alto riesgo o aislamiento según corresponda.
- Usar guantes resistentes (tipo domésticos).
- Lavarse las manos antes y después de ingresar a realizar las tareas y antes y después del uso de guantes.
- Estar vacunado para hepatitis B y doble adultos (difteria y tétanos).

### **Tiempos:**

La técnica a emplear será la de arrastre por medios húmedos: el fregado es la acción más importante, ya que provoca la remoción física de los microorganismos.

Lavado y fregado con agua jabonosa y / o detergente. Enjuagado y secado. Por último, desinfección con hipoclorito de sodio (lavandina).

## CAPITULO III

### **Diseño Metodológico:**

Se realizó un trabajo de investigación mediante la recolección de datos informativos, no numéricos.

El diseño que se utilizó para dar respuesta a los objetivos, es a través de la descripción que realiza el usuario de su observación, al discernir sus prioridades en el momento que concurre al sector de diagnóstico por imágenes. En este sector se realizan las prácticas y la atención personalizada e individual, obteniendo así las respuestas en el propio campo de la investigación.

En un determinado periodo al que llamamos transversal, para la obtención de datos precisos y certeros, datos primarios que son la información que interesa en este trabajo de análisis.

Según el diseño de investigación es del tipo cualitativa. Es del tipo no experimental se observan fenómenos tal como se presentan para después analizarlos.

### **Contexto:**

Se realiza en el área de diagnóstico por imágenes de un efector privado de la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe. Se realizó a un total de 100 afiliados preguntas breves indicando opciones de prioridades a la hora de evaluar el servicio de bioimágenes durante la práctica establecida.

### **Lugar:**

Los datos que se utilizaron para la obtención de la información que se analizó, se obtuvieron del área de Diagnóstico por Imágenes de la Obra Social de Camioneros, Institución privada de la ciudad de Rosario provincia de Santa Fe.

Dicha institución brinda a los usuarios un servicio en salud con diferentes especialidades como ser ginecología, traumatología, clínica, laboratorio de análisis, pediatría, psicología, odontología entre otras.

### **Universo:**

Esta dado por la población de usuarios que asisten al servicio de diagnóstico por imágenes con un total de 3600 consultas anuales.

### **Población:**

Usuarios que concurren al área de diagnóstico por imágenes de la ciudad de Rosario, con un total de pacientes anuales de 3600 y mensuales de 300.

### **Muestra:**

Usuarios que asisten al servicio de radiología de lunes a viernes en el horario de 8:00 a 17:30 horas.

### **Unidades de análisis:**

#### Variable:

Con la mirada puesta en la observación del usuario ante sus necesidades en el sector de salud. Ofreciéndole un servicio que abarque la comunicación explicativa de la práctica que se realizara y la atención personalizada del profesional en salud. Priorizando también acortar el tiempo de espera hasta ser atendido en el área de diagnóstico por imágenes. De esta manera distinguírnos con muchos factores positivos creemos que son la clave del éxito en nuestra área.

#### Indicadores:

Tanto la sala de diagnóstico por imágenes como el sector de equipos digitales deberán estar en óptimas condiciones de pulcritud y desinfección para la prevención de contagio de cualquier patología.

Desde el momento que se recepciona la orden para realizar la práctica radiográfica se produce la relación personalizada del técnico radiólogo con el usuario. Consiste en una comunicación donde se mencionan desde los datos personales hasta tener mayor información sobre su diagnóstico. Es rol del profesional y de total confidencialidad la información brindada por el usuario.

El tiempo de espera del usuario hasta el momento que es atendido debe ser el menor posible, labor especial del profesional en saber administrar el tiempo en función del bienestar del usuario.

## ANEXO

### **Técnica de recolección de datos:**

El proceso de recolección de datos cualitativos consistió en la búsqueda de prioridades del usuario en el momento de realizarse una práctica radiográfica. Registrados por medio de una encuesta de preguntas cerradas con opción múltiple.

### **Encuesta:**

1) ¿Qué opinión nos puede dar de las condiciones de higiene del sector de diagnóstico por imágenes?

- A) Sector de pulcritud
- B) Sector de limpieza normal
- C) Escases de limpieza y desinfección

2) ¿Cómo considera que fue el tiempo de espera hasta ser atendido por el profesional?

- A) Corto
- B) Prudencial
- C) Extenso

3) ¿Sobre la atención Técnico- Usuario puede decirnos su opinión al respecto?

- A) Profesionalismo
- B) Rapidez
- C) Poca comunicación e información del profesional

4) ¿Cómo evalúa el trabajo del Técnico Radiólogo considerando su profesionalismo, predisposición, órdenes y su técnica como profesional en el área?

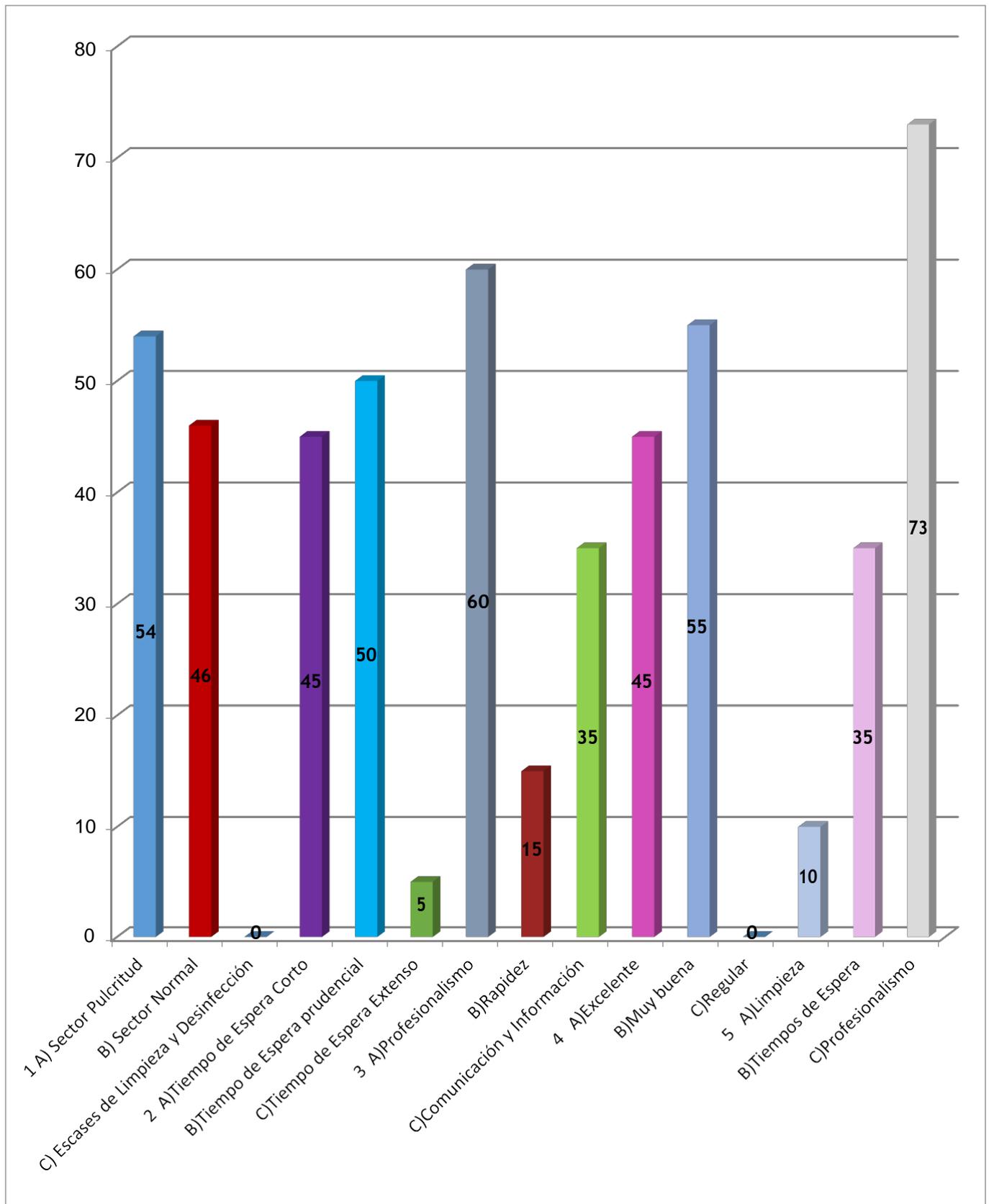
- A) Excelente
- B) Muy buena
- C) Regular

5) ¿Qué orden de importancia tiene para usted entre las respuestas mencionadas anteriormente?

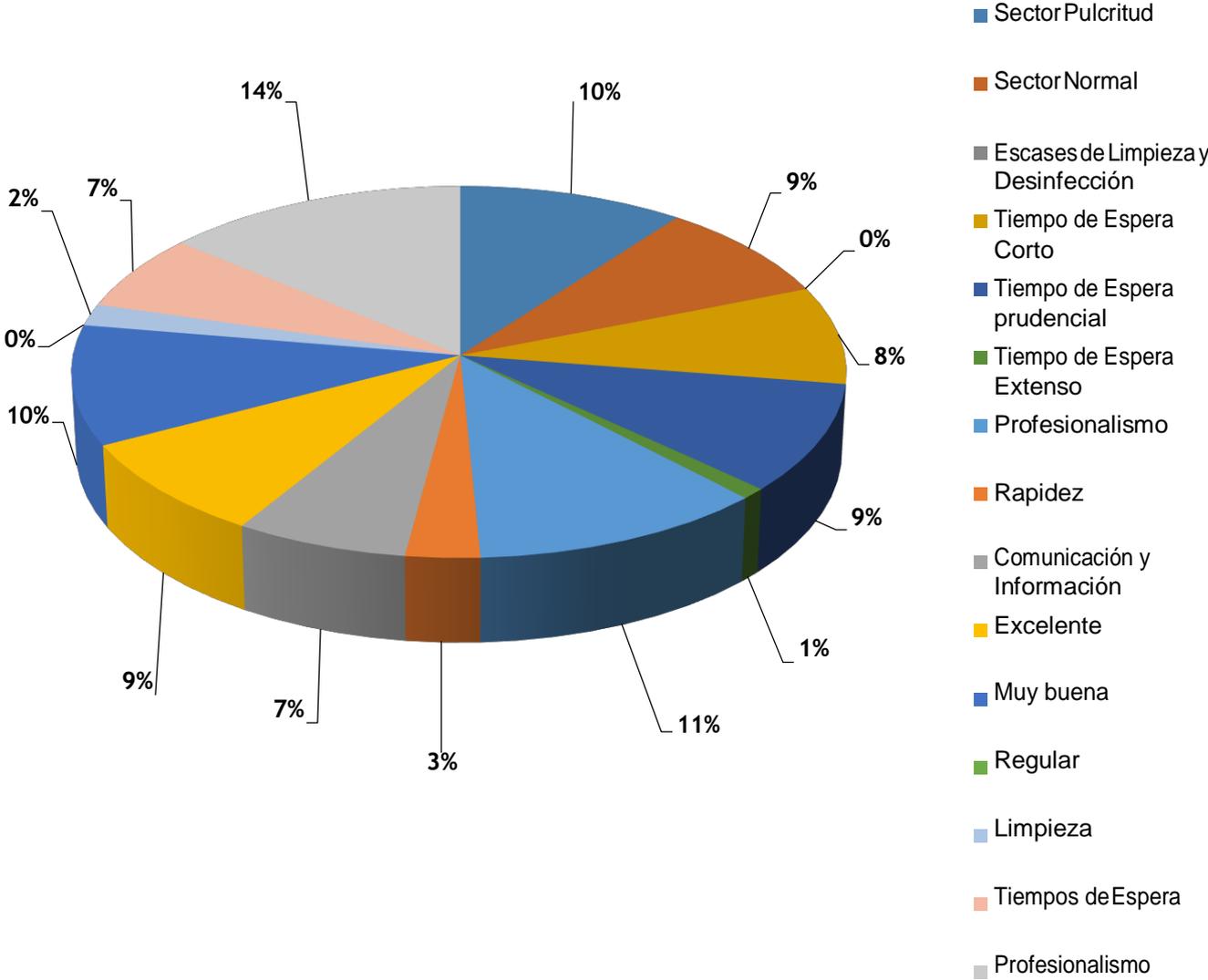
- A) Pulcritud del sector de diagnóstico por imágenes.
- B) Tiempo de espera hasta ser atendido por el profesional
- C) Profesionalismo del técnico radiólogo

<b>Resultados</b>	<b>Muestreo 100 Personas</b>
5- C) Profesionalismo	73
3- A) Profesionalismo	60
4- A) Muy buena	55
1- A) Sector pulcritud	54
2- B) Tiempo de espera prudencial	50
1-B) Sector normal	46
2-A) Tiempo de espera corto	45
4-A) Excelente	45
5-B) Tiempo de espera	35
3-C) Comunicación e información	35
3-B) Rapidez	15
5-A) Limpieza	10
2-C) Tiempo de espera extenso	5
4-C) Regular	0
1-C) Escases de limpieza y Desinfección	0

Se entrevistaron 100 usuarios. Todos en la sala de espera post realización del estudio. La colaboración fue total, no negándose ninguna persona a contestar el cuestionario. Destacando como dato más relevante la respuesta de la pregunta número 5-C) que anuncia la confirmación de 73 usuarios que opinan sobre el Profesionalismo del Técnico Radiólogo en su orden de prioridades. Seguido a esto podemos mencionar la respuesta de la pregunta 3-A) dada por 60 usuarios que coinciden sobre la atención Técnico –Paciente con total calidad de Profesionalismo en dicha área. Considerando las respuestas de las preguntas 1-C) y 4-C) referidas sobre si existe escases de limpieza y desinfección, y la evaluación del usuario sobre el trabajo del Técnico Radiólogo mediante su técnica como profesional , dando como respuesta en ambas preguntas el valor más bajo ,ninguna persona destaco esta respuesta como regular , es el dato más indiferente.



# Muestreo 100 Personas porcentual



## **Conclusión:**

El usuario consideró algunos factores como más relevantes, distinguiendo la atención profesional para destacar en el primer lugar, mostrando el cumplimiento de las normas protocolares en el área del diagnóstico.

En este sector se realizó una tabulación con un total de 100 personas, diferentes datos informativos mediante la observación del usuario.

Considerando mediante esta investigación que el usuario establece como orden de prioridad el profesionalismo con que se desempeña el Técnico Radiólogo, obteniendo como respuesta certera un total de 73 afiliados. En segundo lugar 60 personas nuevamente destacan el profesionalismo como respuesta afirmativa sobre la atención Técnico – Usuario estableciendo esta igualdad nos comunica la excelencia de trabajo y de técnica del profesional del área. En tercer lugar se hace mención como prudencial el tiempo de espera dado por 56 personas que lo confirman. Factor que debemos tener en cuenta ya que toda persona que se dirige a un efector de salud requiere ser atendido con un tiempo de espera aceptable. La mayoría de los concurrentes se presentan con dolor y molestias por eso la importancia de un tiempo de espera corto para que puedan ser vistos y evaluados por el medico solicitante durante el mismo día.

Se destaca como respuesta con valor más bajo; la escasez de limpieza y desinfección, ningún usuario observó esto como falencia en el área, junto con la evaluación sobre el trabajo con dedicación y técnica del profesional.

## **BIBLIOGRAFIA:**

Superintendencia de Riesgos de Trabajo (2018) Manual de Buenas Practicas. (Comisión de Trabajo Cuatripartita)

García Ortega (2004). La Autonomía del Paciente y los Derechos en Materia de Información y Documentación Clínica en el contexto de la Ley 41/2002. Revista Especializada. Salud pública, 78:469-479.

Saraa, R (2005) Higiene Hospitalaria. Revista del Hospital Materno Infantil, Vol.24 N°4, pág.204-207.

Gómez, S. Rasines, U (2014) Historia de los Derechos de los Pacientes. Rev. De Derecho UNED N°15, pág.289-291.

Bravo C, C (2011) Radiología Convencional vs Radiología Digital. [www.slideshare.net/desskrgr/radiología.digital.vs.convencional](http://www.slideshare.net/desskrgr/radiología.digital.vs.convencional).

De los Ríos Castillo. Lauro, J. Avila Rojas.Luzeldyit (2004) Revista Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XXII, N° 2, pág. 128-137.

Vargas Gonzalez, V. Valecillos, J. Hernandez, C. Revista de Ciencias Sociales (Ve), Vol. XIX, N°4, pág. 663-671.

Donabedian, A (1984) La Calidad de la Atención Medica, Definición y Métodos de Evaluación. Editorial La Prensa Medica mexicana.

Dr. Gentile, LF (2014) Archivos Argentinos de Pediatría...Versión impresa ISSN 0325-0075. Vol.112 N°5 Bs.As.

García M, C. Ortega, D (2002) Revista Médica de Chile. Versión impresa ISS N°0034-9987, Vol. 130, N°6, pág. 699-703.

Herrera, L. Villamil, M. Alvarez.Pelcastre, B. Villafuerte.Cano-Valle, F. Lopez, M. Cervantes (2009) Revista Salud Pública: 43(4) pág. 589-594.

Molina Ocaña, JL (2011) Radiología Pediátrica, Málaga.