



Escuela de Graduados

TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL TITULO EN:

Maestría en Gerencia de Recursos Humanos

Título:

“Propuesta de un Modelo de Inducción para el personal del Centro De Educación Médica De Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA), en la ciudad de Santo Domingo, Periodo 2015-2016”.

Sustentante:

Nombre:

Matrícula:

Norma Q. Villanueva G. 2013-2688

Asesor (a):

EDDA FREITES, MBA

Santo Domingo, D. N.

Agosto, 2015.

RESUMEN GENERAL

En grandes rasgos podemos resaltar que la Salud puede reconocerse y analizarse desde dos perspectivas: Salud física y la de la Salud mental, aunque en realidad se trata de dos aspectos relacionados entre sí. La reforma del Estado y la descentralización de la vida política, económica y social de los países, han vuelto prioritaria la redefinición de los roles institucionales al interior del sector de la salud, a fin de garantizar el pleno ejercicio de la autoridad sanitaria y de fortalecer el papel rector del Estado en el desempeño de sus funciones de los servidores públicos. Los datos de la investigación obtenidos a través de la observación, entrevista y cuestionario aplicado al personal arrojó la necesidad de Proporcionar al Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA), un instrumento que optimice la comunicación, la coordinación y el logro de los objetivos estratégicos, a través del proceso de Inducción al personal de nuevo ingreso al Centro. La presente propuesta permitirá a través del contenido la identificación con la Misión, Visión y Valores del Centro a cada trabajador/a del Estado presta su fuerza laboral en una unidad o Depto. El cual comprenderá mejor su rol y el aporte de su tarea lo que nos conducirá a tener una tasa de retención más alta.

INDICE GENERAL

RESUMEN GENERAL.....	ii
INDICE GENERAL	iii
INDICE TABLAS.....	vii
INDICE GRÁFICOS.....	vii
INDICE FIGURAS	viii
DEDICATORIAS.....	x
AGRADECIMIENTOS.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1

CAPITULO I. ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD.

1.1 Conceptos generales de Salud.....	3
1.2 Marco Legal en el Sector Salud.....	9
1.3 Determinantes principales de la salud	13
1.4 Respuestas Nacionales para superar los desafíos Sanitarios.....	14
1.5 Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades	19
1.6 La provisión de servicios en la red pública	20
1.7 Retos y las perspectivas del sistema de salud	23
1.7.1. Desarrollo de Recursos Humanos y Capacitación en Salud Pública	25
1.8 Centro de Salud	26
1.9 Unidad de Diagnóstica por imagen.....	28
1.9.1 Estructura de gestión de las Unidad Diagnósticas por Imágenes	31
1.10 Derechos y garantías del paciente	36
1.10.1 Consentimiento informado	37
1.11 Garantías de los derechos del paciente	40

1.12 Recursos Humanos en las Unidades Diagnósticas por Imágenes	42
1.13 Vigilancia sanitaria específica para los trabajadores expuestos a radiaciones	50
1.14 Calidad en el Servicio de la Unidad de Imágenes	53
1.15 Indicadores de Calidadde la Unidad Diagnóstica por Imágenes	56
1.15.2 Calidad de vida laboral.....	57
1.15.3 Seguridad laboral.....	58
1.15.4 Administración de riesgos	59
1.16 Habilitación, Autorización, acreditación, certificación y evaluación	60
1.16. 1 Proceso de control.....	64

CAPITULO II.CONTEXTUALIZACION DEL CENTRO DE EDUCACION MÉDICADE AMISTAD DOMINICO-JAPONESA(CEMADOJA).

2.1 Antecedentes del Centro	66
2.1.1 Descripción de la Institución	68
2.2 Misión.....	70
2.3 Visión	70
2.4 Valores	70
2.5 Filosofía.....	71
2.6 Programas y Convenios	71
2.7 Estructura organizacional.....	73
2.7.2 Estructura organizacional General de la Dirección de Recursos Humanos.....	74
2.7.3 Cartera de Servicios que Ofrece el Centro a los Usuarios	75
2.7.4 Organismos Internos, de apoyo técnico Administrativo.....	79
2.8 Análisis de la Situación actual: Caso de Estudio y Metodológico	80
2.8.1 Tabulación de los resultados e Interpretación de los datos	80

CAPITULO III: PROPUESTA DE UN MODELO DE INDUCCIÓN PARA EL PERSONAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE AMISTAD DOMINICO-JAPONESA (CEMADOJA), EN LA CIUDAD DE SANTO DOMINGO, PERIODO 2015-2016”.

3.1 Conceptos de Inducción	107
3.1.2 Tipos de Inducción.....	108
3.1.3 Responsables de la Inducción.....	108
3.2 Conceptos de Manual de Inducción.....	109
3.3 Ventajasdel proceso de Inducción del personal de un Centro de Salud 109	
3.3.1 Desventajas del proceso de Inducción del personal de un Centro de Salud	111
3.4Descripción Propuesta del Modelo de un Manual de Inducción para el personal del Centrode Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA), en la ciudad de Santo Domingo, Periodo 2015-2016”	112
3.4.1 Objetivos de la Propuesta.....	113
3.5 Organización de la Propuesta	114
3.5.1 Recursos Humanos y Materiales a utilizar en el programa.	114
3.5.2 Entrega del Manual de Inducción.....	114
3.6 Plan de seguimiento y Evaluación de la Propuesta.....	118
Conclusiones.....	120
Recomendaciones	121
Bibliografía	123

ANEXOS:

ANEXO NO.1: ANTEPROYECTO.

ANEXO NO.2: TRABAJO FINAL.

ANEXO NO.3: ENTREVISTA REALIZADA AL PERSONAL QUE
LABORA EN EL CENTRO CEMADOJA.

ANEXO NO.4: BROCHURE PROMOCIONAL DEL LABORATORIO
CLINICO.

ANEXO NO.5: PRESENTACIÓN PARTE INTERIOR.

ANEXO NO.6: EVALUACIÓN A COMPLETAR POR EL PERSONAL
DE NUEVO INGRESO.

ANEXO NO.7: HOJA DE RECIBIDO.

INDICE DE TABLAS

Tabla No.1 Porcentaje Sexo	80
Tabla No.2 Grado Instrucción	81
Tabla No.3 Tiempo de Servicio °.....	82
Tabla No.4 Distribución Según la manera de ingreso al Puesto	84
Tabla No.5 Conocimiento del Concepto Inducción	85
Tabla No.6 Recibimiento de la Inducción.....	87
Tabla No.7 Conocimiento de la Reseña histórica del Centro.....	89
Tabla No.8 Conocimiento de la Misión y Visión del Centro.....	90
Tabla No.9 Recorrido por las instalaciones del Centro	91
Tabla No.10. Tiempo de duración de la Inducción	92
Tabla No.11. Conocimiento de la Estructura del Centro.....	94
Tabla No.12 Distribución absoluta y porcentual del personal del Centro, según la importancia de conocer las políticas y normas.....	96
Tabla No.13 Distribución absoluta y porcentual del personal del Centro, según si es o no importante recibir la Inducción.....	97
Tabla No.14 Porcentaje según los beneficios de la Inducción.....	99
Tabla No.15 Distribución absoluta y porcentual del personal del Centro, según situación que pueda ocurrir si no se aplica la Inducción	101
Tabla No.16 Pregunta sobre qué información debe contener un proceso de Inducción	103

Tabla No.17 Distribución absoluta y porcentual del personal del Centro, según importancia de conocer los Reglamentos, Deberes y responsabilidades.....	105
Tabla No.18 Plan de Acción para la implementación del Modelo del Modelo de un Manual de Inducción para el personal del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA), en la ciudad de Santo Domingo, Periodo 2015-2016".	115
Tabla No.19 Contenido del Manual de Inducción para el personal del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA), en la ciudad de Santo Domingo, Periodo 2015-2016".	116

INDICE DE GRAFICOS

Gráfico No.1 Evolución Conceptual y Metodológico de la función Rectora en Salud	12
Gráfico No.2 Marco Conceptual de la desigualdad en Salud	14
Gráfico No.3Organigrama Sector Salud	20
Gráfico No. 4 Logo Dirección de Habilitación y Acreditación de Centros	55
Grafico No. 5 Organigrama General del Centro CEMADOJA.....	73
Gráfico No.6Estructura Funcional del Depto. De Recursos Humanos de CEMADOJA.....	74
Gráfico No.7Porcentaje Sexo	81
Gráfico No.8Grado Instrucción	82
Gráfico No.9Tiempo de Servicio	83
Gráfico No.10Distribución Según la manera de ingreso al Puesto	84
Gráfico No.11Conocimiento del Concepto Inducción	86
Gráfico No.12Recibimiento de la Inducción.....	87
Gráfico No.13Conocimiento de la Reseña histórica del Centro.....	89
Gráfico No.14Conocimiento de la Misión y Visión del Centro.....	90

Gráfico No.15	Recorrido por las instalaciones del Centro	92
Gráfico No.16	Tiempo de duración de la Inducción.....	93
Gráfico No.17	Conocimiento de la Estructura del Centro	95
Gráfico No.18	Distribución absoluta y porcentual del personal del Centro, según la importancia de conocer las políticas y normas	96
Gráfico No.19	Distribución absoluta y porcentual del personal del Centro, según si es o no importante recibir la Inducción.....	98
Gráfico No.20	Porcentaje según los beneficios de la Inducción.....	99
Gráfico No.21	Distribución absoluta y porcentual del personal del Centro, según situación que pueda ocurrir si no se aplica la Inducción.....	102
Gráfico No.22	Pregunta sobre qué información debe contener un proceso de Inducción	103
Gráfico No.23	Distribución absoluta y porcentual del personal del Centro, según importancia de conocer los Reglamentos, Deberes y responsabilidades	105

INDICE DE FIGURAS

Figura No.1 Escenario Derivados de Reformas	8
Figura No.2Determinantes para la Salud.....	13
Figura No.3 Conectividad General	18
Figura No.4 Diez Hito en la historia del Sistema Dom. De Salud	22
Figura No.5 Logo Institucional de CEMADOJA	69
Figura No.6Visión, Misión y Valores	70

DEDICATORIAS

Mis Madres:

Gladis M. Guzmán Álvarez.

Ana C. Vásquez Mosquea.

Mi Padre:

Gaspar Ignacio Villanueva Acosta.

Mis Hermanos:

Damaris, Franklin, Idalias, Rosa iris, Francis D. Francis L.,
Norma C., Eliana C. y Ana María.

Mis hijas:

Luisa F. Ramírez Villanueva

Isabela M. Ramírez Villanueva

“Un verdadero líder usa cualquier problema, no importa que tan serio o sensible sea, para asegurar que al final emerjamos más fuertes y más unidos que antes”.
Nelson Mandela.

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por darme la fortaleza y perseverancia para alcanzar las metas planteada.

A mis familiares y amigos:

Por ser pacientes, tolerantes, por su apoyo incondicional y soportar mi ausencia en momentos importantes de sus vidas.

A la Universidad:

Por ofrecerme programas, metodologías y estrategias de alta calidad para poder implementarlas en mis prácticas como profesional.

INTRODUCCION

Uno de los grandes desafíos que enfrenta actualmente las instituciones es retener el talento, y aún más si no se cuenta con una herramienta eficaz que permita que el nuevo empleado sea bien acogido a través de un período de inducción.

Si bien es cierto que algunas instituciones han dado un salto hacia modelos más innovadores de Inducción, aun en nuestro país no se han superado las barreras o paradigmas tradicionales concernientes a este proceso tan importante principalmente en el sector Salud, reforma que requieren transformaciones directamente en los Centros hospitalarios o Especializados, en el cual la Gestión del Talento Humano adquiere vital importancia ya que son instituciones de servicios.

Un aspecto transcendente en esta nueva organización, es disponer de una estructura adecuada y eficiente, que cumplan con los protocolos y que definan claramente los aspectos a desarrollar y el vínculo con los demás, permitiendo ejecutar acciones que garanticen la eficacia y calidad de los servicios que se brindan.

- La presente investigación tiene como propósito fundamental analizar la necesidad de una propuesta que sirva de modelo de Manual de inducción del personal del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA), en el cual se plantearon como objetivos específicos, orientar al personal que presta sus servicios a la institución sobre las funciones que desempeñará, los fines de la organización, las políticas, deberes, derechos que le asiste y la estructura funcional de esta.

Los tipos de investigación en este estudio son exploratorio, descriptivo y explicativo por medio de la investigación exploratoria la cual se ha conseguido formular los componentes del proceso de Inducción del personal, los métodos de investigación utilizados fueron: Inductivo, analítico y sintético.

El contenido descrito en lo adelante está compuesto por tres (3) capítulos los cuales aquilata desde conceptos de Salud hasta la confección de la propuesta con el objetivo de orientar puntualmente la interrelación del lector con el mensaje que se quiere transmitir.

CAPITULO I. ANTECEDENTES GENERALES DEL SISTEMA DE SALUD.

1.1 Conceptos generales de Salud.

Existen diversas definiciones de salud. Estas provienen de investigadores prominentes en el campo de salud de las cuales se hará mención en este capítulo.

En el 1956, René Dubos expresó lo que para él significaba salud: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado".

En el 1959, Herbert L. Dunn describió a la salud de la siguiente manera:

- ***Alto nivel de bienestar:***
 - Un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz.
 - Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y de dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado.
- ***Tres dimensiones: Orgánica o Física, Psicológica y Social:*** El ser humano ocupar una máxima posición en las tres dimensiones para gozar de buena salud o tener alto grado de bienestar, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que lo rodea.

- **Buena salud:** Estado pasivo de adaptabilidad al ambiente de uno.
- **Bienestar:** Un crecimiento dinámico hacia el logro del potencial de uno.

En este concepto de salud se menciona por primera vez la dimensión social y se define lo que significa bienestar. En los siguientes años este concepto social de la salud se sigue enfatizando. Edward S. Rogers (1960) y John Fodor etal (1966) también incluyen el componente social al concepto de salud: "Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte".

Aquí se visualiza la salud como en una escala continua, es decir, la salud es dinámica y cambia según pasa el tiempo. Igualmente, Milton Terris (1975) enfatizó en esta tercera dimensión social de la definición de salud. Este define salud como: "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

Otro ingrediente importante para el concepto de salud según Terris es que la salud no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más allá de lo físico. Dicha definición es opuesta al modelo médico del concepto de salud, el cual describe a la salud como la ausencia de enfermedad (teoría de un solo agente). Alessandro Seppilli (1971) define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social".

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la SALUD es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En 1992 un investigador amplió la definición de la OMS, al agregar: "y en armonía con el medio ambiente".

En grandes rasgos podemos resaltar que la Salud puede reconocerse y analizarse desde dos perspectivas: la de la Salud física y la de la Salud mental, aunque en realidad se trata de dos aspectos relacionados entre sí.

La Salud Integral es un derecho consagrado por la Carta Magna. Es deber supremo del Estado velar por la protección de la salud de todas las personas; esto es, procurar los medios para la prevención y tratamiento de todas las enfermedades, asegurar el acceso a medicamentos de calidad y dar asistencia médica y hospitalaria gratuita a los grupos y sectores vulnerables (Constitución de la República, Art. 61).

En la Constitución de la OMS se plantea como Derecho a la Salud: «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr, es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social».

«La eficiencia y el arte de prevenir las enfermedades, prolongar la vida y promover la salud mental y física, y la eficiencia a través de los esfuerzos organizados de la comunidad». Es la definición de Salud Pública de la OMS (1999). Por consiguiente, el Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) 2011-2014, el cual contiene los programas y proyectos con asignación presupuestaria prioritaria en este cuatrienio, acordes con los objetivos y las metas sectoriales de la Ley de Estrategia Nacional de Desarrollo al 2030.

La Ley No. 498-06 define al Plan Nacional Plurianual del Sector Público (PNPSP) como uno de los cinco instrumentos del SNPIP¹. El Decreto No. 493-07 establece que el mismo deberá contener los programas y proyectos prioritarios a ser ejecutados por los organismos del Sector Público, así como los respectivos requerimientos de recursos.

En el cual se establecen los siguientes objetivos dirigidos a atender las demandas de salud de la población con prioridad fundamentalmente en los siguientes lineamientos:

- Garantizar el acceso a un modelo de atención integral, con calidad y calidez, que privilegie la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, mediante la consolidación del Sistema Nacional de Salud.
- Universalizar el aseguramiento en salud para garantizar el acceso a servicios de salud y reducir el gasto de bolsillo.

¹Sistema de Planificación e Inversión Pública (SNPIP)

En base a las políticas definidas por el nivel superior y en cumplimiento de lo establecido en la legislación vigente, en el marco de la Estrategia Nacional de Desarrollo (END), se han definido las siguientes líneas estratégicas para el año 2012:

- o Impulsar el desarrollo de la red pública de salud y de redes privadas, articuladas por niveles de atención, incluyendo la asistencia pre-hospitalaria y traslado sanitario, que brinden atención integral con calidad y calidez, sustentada en una estrategia de atención primaria en salud a nivel nacional, que tome en cuenta las necesidades de los diversos grupos poblacionales.
- o Fortalecer el sistema de vigilancia epidemiológica, alimentaria y nutricional a nivel comunitario, como instrumento fundamental de la seguridad alimentaria de la población, que promueva la educación nutricional y brinde apoyo a los grupos en riesgo alimentario, con énfasis en grupos vulnerables.
- o Dotar de autonomía administrativa a los centros hospitalarios que forman la red pública de salud y conformar un Consorcio Nacional de Hospitales, autónomo, adscrito al Ministerio de Salud, con funciones de carácter técnico administrativo.

La Función Rectora en Salud es el ejercicio de las responsabilidades y competencias sustantivas de la política pública en salud que son propias e indelegables del Estado a través de las instituciones que conforman la autoridad Sanitaria Nacional.

Su objetivo es definir e implementar las decisiones y acciones públicas para garantizar la satisfacción de las necesidades y legítimas aspiraciones en salud del conjunto de actores sociales.

La reforma del Estado y la descentralización de la vida política, económica y social de los países, han vuelto prioritaria, en la Región de las Américas, la redefinición de los roles institucionales al interior del sector de la salud, a fin de garantizar el pleno ejercicio de la autoridad sanitaria y de fortalecer el papel rector del Estado en el desempeño del sistema de salud y en los procesos de reforma sectorial².

FIGURA N0.1

Escenario Derivado de las Reformas



²OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, Sección del 23 de julio de 1997, Tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.

1.2 Marco Legal en el Sector Salud.

La Ley General de Salud, promulgada en 2001, establece que el Ministerio de Salud Pública es la máxima autoridad sanitaria del Sistema Nacional de Salud encargada de regular la producción social de la salud, dirigir y conducir políticas y acciones sanitarias, concertar intereses, movilizar recursos de toda índole, vigilar la salud y en coordinación de otros actores sociales para el cumplimiento de las políticas nacionales de salud y la reducción de la fragmentación del sistema.

Dicho marco Legal, está compuesto por un conjunto de leyes que complementan su desempeño, entre las cuales se destacan:

- ✓ El Decreto No. 1110-01 que crea la Ciudad Sanitaria «Dr. Luís E. Aybar » y su patronato.
- ✓ Decreto No. 330-05 de fecha 16 de junio del 2005 que el Reglamento de la Ciudad Sanitaria «Dr. Luís E. Aybar »
- ✓ Decreto No. 331-05 de fecha 16 de junio del 2005, que modifica el Decreto no 1110-01.
- ✓ Ley No. 68-03, que crea el Colegio Médico Dominicano.
- ✓ Ley No. 42-01, General de Salud, y sus Reglamentaciones.
- ✓ Ley 87-01 sobre el Sistema Dominicano de la Seguridad Social.
- ✓ Ley No. 41-08 de Función Pública.
- ✓ Decreto No. 434-07 que establece el Reglamento General de la Unidades Especializadas de Atención en Salud de las Redes Públicas.
- ✓ Reglamento Interno del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA) de la Ciudad Sanitaria “Dr. Luís E. Aybar”.
- ✓ Ley 390-06 sobre Compras y Contrataciones del Estado.
- ✓ Ley 200-04 sobre Acceso a la Información Pública.
- ✓ Ley 247-12 sobre la Administración Pública.

- ✓ Ley 107-13 sobre Derechos de las Personas en sus Relaciones con la Administración Pública.
- ✓ Reglamento 244-95 sobre Protección Radiológica.

En cumplimiento al mandato legal, el Ministerio de Salud Pública debe iniciar un proceso de reestructuración institucional tanto a nivel central como en sus instancias desconcentradas, las Direcciones Provinciales y de Áreas de Salud para mejorar los servicios que brinda cada institución.

A seis años de haberse promulgado el marco Legal Sanitario vigente y de acuerdo a los actores consultados, no hay avances significativos en la separación de funciones, en la readecuación organizacional o en la transferencia de recursos y capacidades para colocar a la institución en posición de ejercer su rol acabadidad.

Esto debido a que pese que la ley establece la descentralización del sistema de Salud entre el Ministerio como órgano rector y la Dirección de Coordinación de Servicios Públicos de Salud, como órgano operativo y ejecutor, fue promulgada el 2001, no fue hasta finales del año 2014, que el poder ejecutivo mediante el Decreto 381-14, designo un Director y estableció un protocolo para el desarrollo de sus actividades, acorde con lo establecido en la ley.

Por otro lado están la función y la presencia de la OPS³/OMS⁴ que están orientadas a avanzar en la reducción de las inequidades en Salud y a mejorar las condiciones de vida de la población Dominicana, en especial de aquella con mayor vulnerabilidad social, buscando así, una vida saludable y productiva que apoye el desarrollo del país.

³ La Organización Panamericana de la Salud (OPS)

⁴ Organización Mundial de la Salud (OMS)

En el ámbito nacional, se han venido desarrollando procesos de formulación de políticas y estrategias como: La Estrategia Nacional de Desarrollo (END) 2011 - 2030, que se aprobó como ley en enero del 2012.

Las prioridades y compromisos asumidos en el plan de gobierno, claramente delineados en el discurso de toma de posesión del Presidente Danilo Medina y la programación estratégica de las metas de proyectos prioritarios definidos en el período de transición, que es apoyada por el Sistema de Gestión para la Gobernabilidad (SIGOB).

De igual manera se ha trabajado la agenda institucional y programática que hace especial mención al fortalecimiento de las funciones de rectoría del Ministerio de Salud Pública (MSP) como una de las tareas más importantes a desarrollar en el período 2012 – 2016.

De igual forma se destaca el Plan Decenal de Salud 2006 – 2015 (PLANDES), instrumento de carácter predominantemente estratégico que define las grandes orientaciones y prioridades de los procesos a desarrollar y que sirve de marco de referencia para la elaboración de los planes operativos anuales y específicos de cada institución o dependencia del Sistema Nacional de Salud (SNS).

También se cuenta con aquellos procesos y políticas a nivel Regional y Global que tienen y tendrán en el futuro alguna implicación en el trabajo de la organización.

En el ámbito internacional se destaca el Plan Estratégico de la OPS 2014 – 2019 actualmente en elaboración, el proceso de reforma de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la propuesta del 12avo. Programa General de Trabajo de la OMS, el Programa de Presupuesto 2014 – 2015 y el debate sobre los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) más allá del 2015.

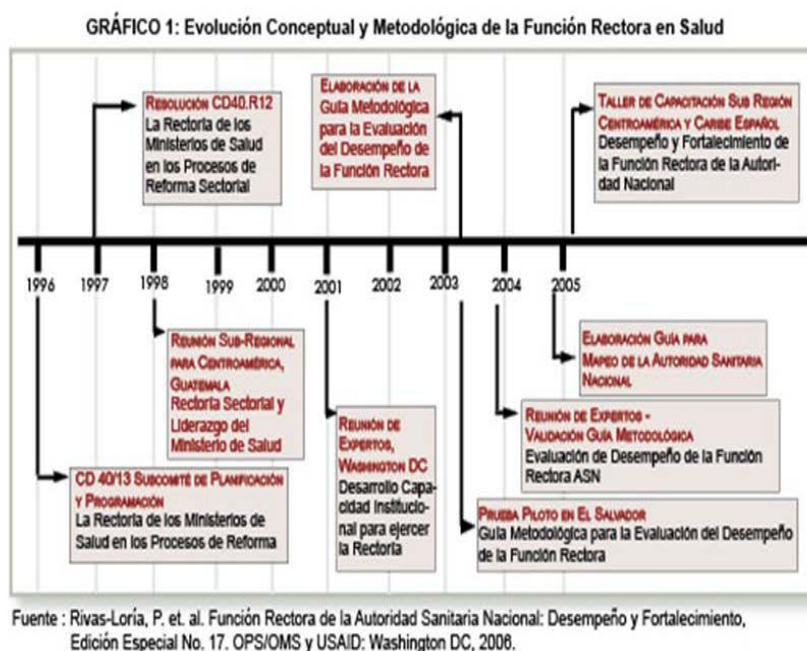
Desde la perspectiva rectora, el Ministerio de Salud Pública (MSP) ejerce funciones que abarcan fundamentalmente el desarrollo del marco

jurídico, la regulación Sanitaria de mercados básicos (agua, alimentos y medicamentos).

Así mismo la formulación y evaluación de políticas y normas técnicas de garantía de Calidad dirigidas a las diferentes instituciones públicas y privadas, entre otros actores sociales comprometidos con la producción de Salud, y distribuir los fondos del sector Salud, que por vía de la ley de presupuesto general del Estado, le son asignados (Ley 42-01, 2001).

La forma más rápida de evaluar el desempeño del Ministerio de Salud Pública como ente rector del sector salud, es observando el comportamiento de su ejecución presupuestaria. Es decir, en qué gasta los recursos que le son asignados para ejercer su función de rectoría.

A pesar de los avances en la normativa de calidad, todavía la capacidad de implementación es tímida; como la cultura de calidad es incipiente, no se aplican todavía los indicadores necesarios ni tampoco existe rendición de cuentas en la mayoría de instituciones como lo establecen las normativas.



1.3 Determinantes principales de la salud.

Las dimensiones sociales de la salud están sólidamente afirmadas en la Constitución de la OMS de 1948. La necesidad de acción intersectorial para mejorar estos determinantes sociales de la salud en algunos países con bajos ingresos se han dado pasos de gigante los cuales se reflejan en las estadísticas sanitarias de la población.

FIGURA NO. 2



Durante los últimos 50 años, República Dominicana ha tenido un crecimiento económico sostenido estimado en promedio en 5 % anual; sin embargo, esto no se ha reflejado en cambios significativos en las brechas sociales de pobreza y extrema pobreza.

La evolución de la pobreza extrema y la pobreza general presentó un notable incremento entre el 2002 y el 2004, debido a la crisis bancaria interna del año 2003.

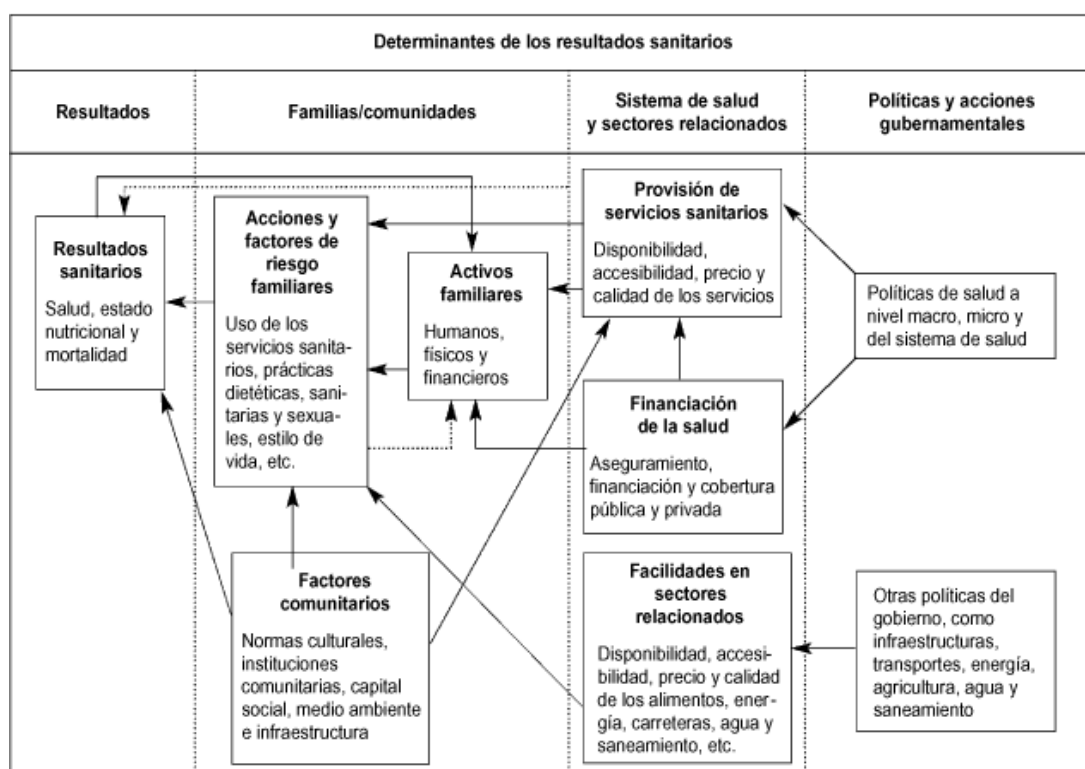
Estadísticas indican que de todas las personas con empleo en la economía Dominicana, solamente 36 de cada 100 son mujeres y el ingreso real de las mujeres alcanza, en promedio, un monto de 27,6 % menor que el de los hombres.

Otro determinante de la salud son los desastres naturales, en especial las lluvias e inundaciones, favorecen a su vez una mayor incidencia de enfermedades transmisibles como ha sucedido con la epidemia decólera que afecta al país desde el 2010 o con el dengue en el 2012.

Ambas han generado una respuesta multisectorial relevante. Ya la epidemia de influenza H1N1 en el 2009, puso en evidencia la necesidad de una mayor organización y respuesta a eventos o amenazas diversas como los desastres químicos, radiológicos o tecnológicos; razón por la cual es necesario continuar la preparación y contar con las capacidades básicas de respuesta como indica el nuevo Reglamento Sanitario Internacional (RSI)⁵

GRAFICO NO. 2

Marco conceptual de las desigualdades en salud.



⁵Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos, Banco Interamericano de Desarrollo. Programa de Mejora de la Información y Procedimiento de los Bancos centrales en el Área de Remesas: República Dominicana [Internet]. México, DF: CEMLA; 2010. Disponible en: http://www.remesasydesarrollo.org/uploads/media/Remesas-RepDominicana_1_.pdf

1.4 Respuestas Nacionales para superar los desafíos Sanitarios.

Los principales actores del sector público son el Ministerio de Salud Pública, el Consejo Nacional de Salud(CNS), la Superintendencia de Salud y Riesgos Laborales (SISALRIL), la Dirección de Información y Defensa de los Afiliados (DIDA), la Administradora de Riesgos Laborales Salud Segura (ARLSS), la Tesorería de la Seguridad Social (TSS) y el Seguro Nacional de Salud (SENASA), que es la principal aseguradora pública.

El sector privado comprende a los Aseguradores de Riesgos de Salud (ARS), los proveedores de servicios privados de salud y las Organizaciones no Gubernamentales (ONG).

El PLANDES 2006 - 2015 fue elaborado entre el 2003 y el 2006, luego de una amplia consulta nacional fue consensuada una segunda versión para el período 2006 - 2015. El PLANDES aborda los principales desafíos y las estrategias para transformar la situación de salud del país. Se trata, por lo tanto, de un documento de referencia a partir del cual se elaboran los planes operativos de cada componente del sector y que orienta las estrategias, el desarrollo humano sostenible y el enfoque a los derechos humanos y equidad de género.

Dos grandes desafíos fueron definidos en el PLANDES:

a) Superar la deuda social acumulada, las inequidades sociales y de género en la situación de salud y asegurar la prevención y control de los problemas y riesgos prioritarios de salud.

b) Desarrollar las diferentes funciones y subsistemas del SNS, con base en un enfoque de derechos, equidad social y de género y con la participación ciudadana.

Mediante la Ley General de Salud 42-01 del 2001 se separaron las funciones de provisión de servicios, rectoría y financiamiento del sistema.

El Ministerio de Salud Pública es la institución rectora del SNS y se ha organizado en las Direcciones Provinciales de Salud (DPS) como brazo descentralizado de la rectoría en los niveles subnacionales.

Esta función ha sido fortalecida con la creación del Viceministerio de la Garantía de la Calidad y el desarrollo de una mesa de rectoría que reúne todos los viceministros y los directores de los principales programas, a fin de identificar y proponer políticas y leyes en temas priorizados.

No obstante, es necesario fortalecer aún más el rol rector del Ministerio de Salud Pública, particularmente en un escenario de profundización de la separación de funciones y una mayor descentralización. Asimismo, es preciso generar una política nacional que promueva la calidad de los servicios de salud, siendo necesario reforzar el proceso de habilitación de las instituciones. El país reporta avances en la regulación y control de calidad de los medicamentos y productos farmacéuticos, alcanzando la certificación con las Normas ISO 9001 - 2008 en la Dirección General de Drogas y Farmacias y el Laboratorio de Control de Calidad de Medicamentos.

Actualmente, se formula una versión del modelo de atención y se espera que en breve se disponga de una mejor y más amplia definición de las funciones del 1er. Nivel, una vez reglamentada la Ley de Carrera Sanitaria que se encuentra en revisión en el Senado de la República.

En materia de Recursos Humanos para la Salud de acuerdo al informe de medición de las metas Regionales, publicado en el 2011, se dispone de 21,1 médicos y 4,5 enfermeras por cada 10 mil habitantes.

En este mismo ámbito, se ha experimentado avance significativo en la rigurosidad y supervisión para la habilitación de los centros que ofrecen servicios en los que intervienen equipos que generan radiación, ya que en dicha supervisión y regulación interviene la Comisión Nacional de Energía, a través de la Dirección Nuclear.

El aseguramiento se sustenta en la Ley 87-01 del 2001 que crea el Sistema Dominicano de Seguridad Social (SDSS). Este ordenamiento establece las fuentes y los mecanismos de financiamiento para la protección de la población contra los riesgos de vejez, discapacidad, cesantía por edad avanzada, sobrevivencia, enfermedad, maternidad, infancia y riesgos laborales; a través de la creación de tres regímenes: el contributivo, el subsidiado y el no contributivo-subsidiado.

Solo están en operación los dos primeros, siendo una de las grandes asignaturas pendientes del SDSS la operacionalización del régimen no contributivo-subsidiado que atendería, entre otros, a los trabajadores del sector informal de la economía.

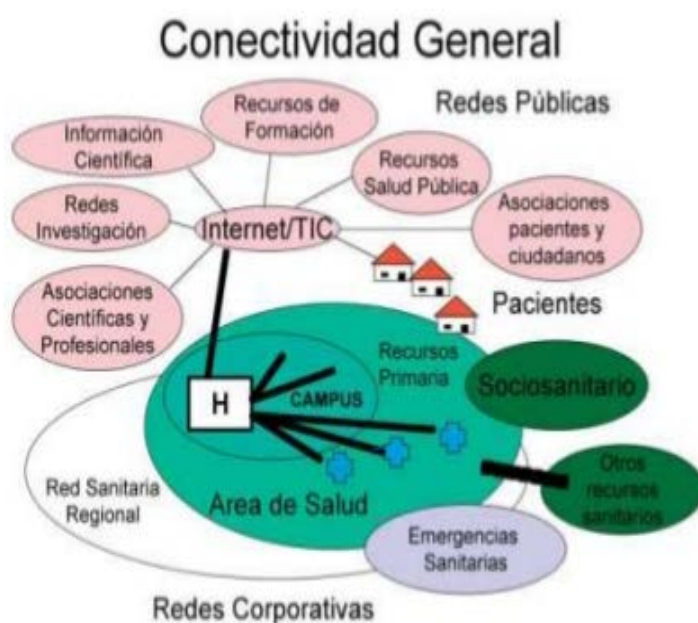
El Seguro Familiar de Salud (SFS), de carácter obligatorio e universal, propone un PBS⁶ para el régimen subsidiado y un Plan de Servicios de Salud (PDSS 2006) considerado como una primera etapa de aplicación del PBS en el régimen contributivo. La cotización del contributivo es del 10,13% del salario cotizable, correspondiendo un 3,04% al trabajador afiliado y un 7,09% al empleador.

El incremento en la población asegurada ha significado, también, un incremento en el gasto público en salud como proporción del gasto total, representando para el 2008 el 36 % del gasto público y el 17 % del gasto total en salud. La generación de conocimiento presenta grandes limitaciones, especialmente por la escasa investigación en salud y por las deficiencias en la rigurosidad científica que representa la mayoría de la literatura biomédica producida en el país; lo que ha dado como resultado la ausencia de la República Dominicana en índices de publicaciones médicas internacionales.

⁶Pensión Básica Solidaria

Como respuesta a esta situación existen diversas iniciativas dirigidas a producir mejoras cualitativas en estas publicaciones en salud como las actividades de capacitación propiciadas por la Asociación Dominicana de Editores de Revistas Biomédicas; la creación de espacios de análisis sobre la calidad de las publicaciones nacionales y la activa participación de los editores en el Comité Consultivo de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) del país; entre otras. Es importante resaltar la participación y liderazgo del Ministerio Salud Pública en iniciativas dirigidas a favorecer el uso de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en el ámbito de la salud y a la definición de una visión y una estrategia que orienten a todo el sector en el uso costo-efectivo de estas, en beneficio de los servicios de salud.

FIGURA NO. 3



1.5 Vigilancia de la Salud, Prevención y Control de Enfermedades.

Dentro del Ministerio de Salud Pública, el Viceministerio de Salud Colectiva es la principal contraparte, pues existe una coordinación permanente con todas las direcciones generales. Se destacan la Dirección General de Vigilancia Epidemiológica, la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y los programas de control de las enfermedades infecciosas y las ECNT⁷. Estos temas así como la respuesta a la zoonosis y la inocuidad de los alimentos, requieren de trabajo con otros sectores como el Ministerio de Agricultura y de Turismo y las instituciones responsables de la administración de agua, como el Instituto Nacional de Aguas Potables y Alcantarillados (INAPA).

La respuesta frente a las epidemias requiere la coordinación y participación de diversas instituciones, destacando los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC), Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (Unicef) -como parte del SNU-, el Colegio Médico Dominicano, las sociedades médicas, las ONG, los gobiernos locales y las organizaciones de base comunitaria. La participación en estos espacios refuerza y resalta la rectoría de salud del Ministerio de Salud Pública.

Al ser La Española un territorio que comparten dos países -lo que conforma una unidad ecológica y epidemiológica- y dado el importante movimiento de población que existe entre ambos países; es necesario mantener la coordinación con la Representación de la OPS/OMS en Haití y, desde allí, con el Ministerio de Salud Pública y de la Población de ese país; para continuar con las actividades de coordinación binacional, intercambio y respuesta conjunta a los problemas comunes de salud.

⁷ Enfermedades Crónicas no transmisibles (ECNT).

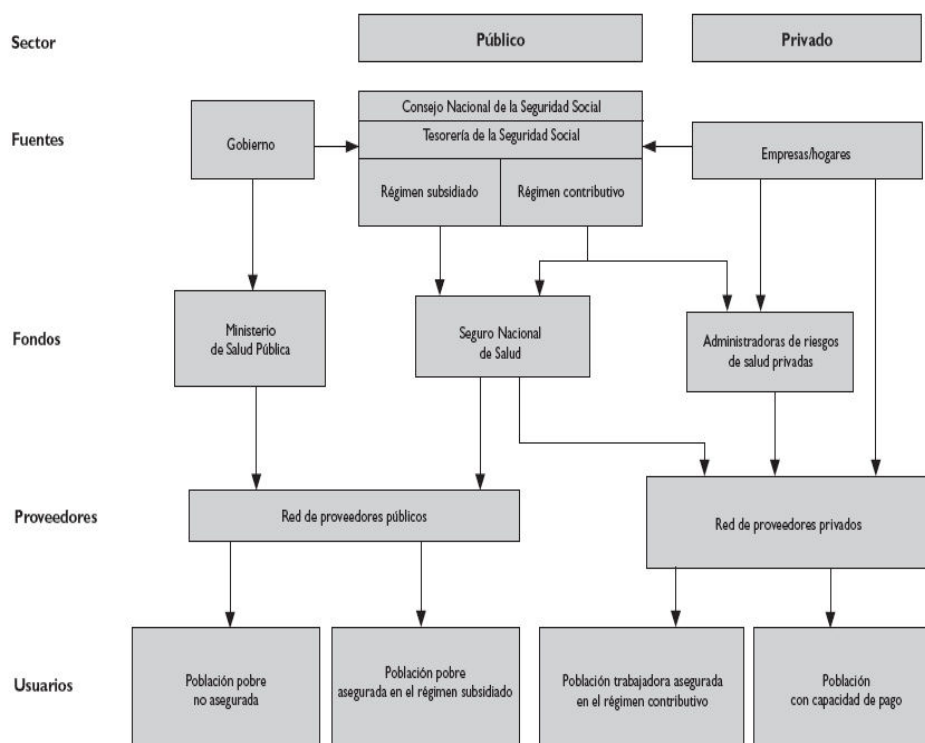
A pesar de que el problema sanitario del país conlleva el análisis de múltiples factores, sobre todo de índole económico y sociodemográfico, es posible dilucidar las distintas causas del panorama actual, junto con sus posibles soluciones⁸.

1.6 La provisión de servicios en la red pública.

La separación de funciones planteada en la reforma de 2001 todavía no se implementa cabalmente en los proveedores públicos –que continúan siendo administrados por el Ministerio de Salud Pública, el Poder Ejecutivo emite un decreto para descentralizar los servicios de salud y crear una estructura organizacional para los servicios regionales de salud. Estos se encargarán de organizar la red de los prestadores de servicios de salud a los distintos niveles de atención.

GRAFICO NO. 3

ORGANIGRAMA SECTOR SALUD.



⁸Centro de Estudios Sociales y Demográficos, Macro International Inc. Encuesta Demográfica y de Salud 2007 [internet]. Santo Domingo: CESDEM, Macro International Inc.; 2007. Disponible en: <http://www.bvs.org.do/bvs/htdocs//local/File/ENDESA07.pdf>

En la reforma se plantea que SENASA compre servicios de salud a la red de prestadores públicos a través de la firma de acuerdos de gestión, y a la red de proveedores privados sobre la base de contratos de prestación de servicios. Estos contratos y acuerdos introducirían cierta competencia e incentivos para mejorar la eficiencia de los proveedores, cuyo financiamiento dependería de la venta de servicios (Tristao et al, 2012).

En adición, debido a que la oferta estará respondiendo a los beneficios planteados por el Plan de Servicios de Salud (PDSS), las prioridades serán determinadas por las necesidades estimadas en los estudios técnicos que alimentan el PDSS.

Esto no se ha realizado en su totalidad y con el tiempo después de haberse promulgado las leyes 87-01 y 42-01, el Ministerio de Salud Pública y el CNSS⁹ no han podido implantar la atención primaria como puerta de entrada a la red de servicios de salud, prolongando de tal modo el viejo modelo de atención que representa un alto costo económico y social para el país. El modelo vigente concentra la mayor parte de las inversiones en el apartado curativo, como muestran las cifras del gasto funcional del Ministerio de Salud Pública, y descuida los servicios preventivos en salud.

De acuerdo con Tristao et al (2012) es posible que los pagos del SENASA solo cubran una proporción muy pequeña de los gastos de los prestadores del primer nivel de atención. Para el segundo y el tercer nivel, los prestadores facturan al SENASA en base a las tarifas que este fija.

El resto de los gastos de los prestadores son cubiertos por el Ministerio de Salud Pública, que cubre las necesidades de infraestructura, mantenimiento y recursos humanos en base a los presupuestos históricos de cada entidad.

⁹Consejo Nacional de Seguridad Social

El MSP concentraba hasta 2008 la mayor parte del gasto público. Sin embargo, los fondos de la seguridad social van en aumento, sobre todo después de la aprobación de la Ley 87-01, que comenzó lentamente su aplicación con el régimen subsidiado y extendió rápidamente su cobertura a finales de 2007 con la entrada en operación del régimen contributivo.

En 2002 dichos fondos sólo representaban 20% del gasto público. En 2008 los recursos del SFS representaron 36% del gasto público y 17% del gasto total en salud. Aunque este proceso recién se está iniciando, significa un cambio extraordinario en la estructura del financiamiento del sector, ya que el nuevo sistema de seguridad social está concebido de forma tal que se financia con contribuciones obligatorias cargadas sobre la nómina de los trabajadores y aportadas por éstos y por sus empleadores.

FIGURA NO. 4

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DOMINICANO DE SALUD	
1948	Creación del Sistema de Seguros Sociales
1956	Creación de la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social y aprobación del Código de Salud
1956	Aprobación del Código de Salud
1962	Transformación de la Caja Dominicana de Seguros Sociales en Instituto Dominicano de Seguros Social
1995	Creación de la Oficina de Coordinación Técnica de la Comisión Nacional de Salud
2001	Aprobación de la Ley General de Salud
2001	Aprobación de la ley que crea el nuevo Sistema de Seguridad Social
2001	Inicio del Régimen Subsidiado
2007	Inicio del Régimen Contributivo del Seguro Familiar de Salud del Sistema de Seguridad Social
2008	Establecimiento del Plan Decenal de Salud

Es cabe señalar, que gran parte de las coberturas existentes de planes prepagados privados de salud, principalmente de empresas y entidades públicas, pasaron a formar parte del seguro familiar de salud obligatorio. Es decir, eran parte del aseguramiento ya existente, pero en lugar de contabilizarse en el sector privado pasan ahora a contabilizarse en el sector público.

Aunque el nuevo sistema extiende la cobertura a las familias, el verdadero reto ahora es ampliarla a sectores de menores ingresos antes excluidos.

A pesar del balance positivo que se observa en los últimos años en el financiamiento a la salud en la República Dominicana como resultado del SFS, el gobierno central, que es el que financia al MSP, sigue dando una baja prioridad al sector.

Todavía los proveedores públicos no cuentan con estatus jurídico o la capacidad técnica para poder celebrar contratos y facturar servicios. Aun así, la autonomía no es suficiente condición para la mejora de los servicios; debe tomarse en cuenta la calidad de la gestión.

1.7 Retos y las perspectivas del sistema de salud.

Los tres principales retos que enfrenta el sistema dominicano de salud son la extensión de la cobertura del SFS, la profundización de la separación de funciones y la mejora en la calidad de los servicios.

La ley que crea el SFS se propone alcanzar la cobertura universal en 2011, pero está muy lejos de ser cumplida. Para continuar con la afiliación se requieren recursos financieros adicionales, lo cual implica un importante cambio en las prioridades públicas, pero también en la definición del mecanismo para implementar el régimen contributivo subsidiado, al que tendría que afiliarse 29% de la población dominicana. Ante este reto de extender la cobertura, actualmente la discusión entre los actores se centra en elevar el per-cápita y aumentar las prestaciones, todo ello sin los estudios de base que permitan asegurar la sostenibilidad financiera.

La separación de funciones del sistema de salud es un mandato fundamental del marco regulatorio vigente y es parte integral del proceso en marcha de la reforma.

Esta separación requiere de la transformación del Ministerio de Salud Pública y la autonomía real de las redes de provisión de servicios, ya sean los hospitales o los servicios sus nacionales organizados en forma de redes. La estrategia planteada en la actualidad es la organización de redes regionales, pero todavía todas las decisiones están centralizadas.

Esto tiene una importancia fundamental en la estrategia de financiamiento y en la sostenibilidad financiera, porque no es factible financiar el sistema vía la oferta y la demanda, como sucede ahora en algunos servicios donde se ha iniciado la implementación del régimen subsidiado. Todo esto implica grandes reestructuraciones administrativas, financieras y de toma de decisiones, incluyendo las decisiones relativas a la contratación de los recursos humanos, con las consecuentes implicaciones de carácter gremial y político.

Finalmente, aunque se carece de estudios que midan la magnitud y naturaleza de los problemas de calidad del sistema de salud nacional, este es uno de los grandes retos del sistema dominicano de salud. La baja calidad está relacionada con problemas de gestión clínica y administrativa de los proveedores de servicios de salud del sector público, la falta de control y supervisión.

1.7.1 DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS YCAPACITACIÓN EN SALUD PÚBLICA.

Las funciones que el Estado debe asumir para lograr niveles óptimos de salud de las poblaciones, constituyen el fundamento de la autoridad sanitaria, por razón tomamos como referencia los siguientes indicadores en busca de fomentar el desarrollo de los recursos humanos y la capacitación del personal de Salud Pública:

- ✓ Identificación de un perfil de recursos humanos en salud pública, adecuado para el trabajo de los servicios.
- ✓ Educación, capacitación y evaluación del personal, con la finalidad de identificar las necesidades de los servicios, de enfrentarse eficazmente a los problemas prioritarios y de evaluar adecuadamente las acciones.
- ✓ Definición de requisitos para la acreditación de profesionales de la salud y la adopción de programas de mejoramiento continuo de la calidad de losservicios.
- ✓ Formación de alianzas activas con programas de perfeccionamiento profesional que aseguren la adquisición de experiencias en la salud pública significativas para todos los estudiantes, así como la formación continua en materia de gestión de los recursos humanos y desarrollo del liderazgo en el ámbito de la salud pública.
- ✓ Desarrollo de capacidades para el trabajo interdisciplinario y multicultural en materia de salud pública.
- ✓ Formación ética del personal de salud pública.

1.8 Centro de Salud.

Los centros de salud y el personal sanitario, de vital importancia para la población vulnerable en caso de desastre, son fundamentales para tratar lesiones, prevenir enfermedades y atender las necesidades sanitarias de la población.

Estos deben cubrir las necesidades diarias que deben seguir atendiéndose en situaciones de emergencia, tales como, por ejemplo, los servicios de tocología, inmunización y atención de las enfermedades crónicas, y por ello son esenciales para la atención primaria en las comunidades.

Sin embargo, los sistemas de salud que se encuentran en situación precaria a menudo no son capaces de seguir desempeñando su labor durante un desastre, lo que tiene consecuencias inmediatas y futuras para la Salud Pública.

Los «sistemas» sanitarios dependen de una serie de centros públicos, privados y no gubernamentales que trabajan en colaboración al servicio de la comunidad. En situaciones de emergencia, esto adquiere una importancia aún mayor.

Los hospitales, los centros de atención primaria de salud, los laboratorios, las farmacias y los bancos de sangre trabajan con otros sectores no sanitarios, tales como el de la energía, las carreteras y el transporte, y la policía para garantizar la continuidad de los servicios de salud.

Durante las situaciones de emergencia, los establecimientos sanitarios son zonas de refugio para la población. Los hospitales y su personal han de considerarse neutros por todas las partes, en particular por los combatientes de un conflicto, y no deben ser objeto de ningún tipo de violencia. Lamentablemente, lo dispuesto en el Derecho Humanitario Internacional a ese respecto no suele respetarse.

En las situaciones de emergencia, los centros sanitarios desempeñan una función esencial por las siguientes razones:

- ✓ Caso de brotes de enfermedades transmisibles.
- ✓ Traumatismo, manejo de las enfermedades crónicas y apoyo psicológico mucho después de que haya pasado la emergencia.

El progreso de los métodos diagnósticos es universal, es decir, incluye todas las ramas, todos los componentes del dirigidos a aclarar los problemas médicos del enfermo. De ahí que el diagnóstico médico seguirá siendo lo más importante en la práctica médica.

El concepto del diagnóstico ha seguido ampliándose con el paso del tiempo convirtiéndose en la parte más importante de la medicina. Este concepto tiene dos componentes fundamentales:

1) El médico no puede tomar decisiones sobre qué hacer con un paciente mientras no sepa qué enfermedad o qué dolencia tiene el enfermo.

2) El diagnóstico médico ha alcanzado un nivel sorprendente, admirable en la exactitud diagnóstica a que se puede llegar con métodos no invasivos o mínimamente invasivos.

El departamento de Imágenes Diagnósticas y Radiología Intervencionista se sustenta básicamente con alta tecnología médica y para ellos se requiere de expertos en la materia.

1.9 Unidad de Diagnóstica por imagen.

La radiología nace como especialidad en el año 1895 con el descubrimiento de los rayos X por W.C. Roentgen. Durante muchos años se practicó y desarrolló de una forma integral tanto en su faceta diagnóstica como terapéutica. El aumento de sus contenidos y de su campo de actuación fue haciendo evidente la necesidad de una mayor especialización y, por lo tanto, de una segregación de materias, que se realiza primero en Inglaterra (1928) y parte de Europa Continental y, posteriormente, en Estados Unidos. En España hay que esperar hasta 1984 para que se produzca la separación entre las especialidades de Radiodiagnóstico, Radioterapia y Medicina Nuclear.

El Radiodiagnóstico es la especialidad médica que tiene como fin el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades, utilizando como soporte técnico fundamental las imágenes y los datos morfológicos y funcionales obtenidos por medio de radiaciones ionizantes o no ionizantes y otras fuentes de energía. La especialidad se ha denominado durante bastantes años con el nombre de Radiología, que es el que continúa utilizando la sociedad científica de referencia, la Sociedad Española de Radiología Médica (SERAM).

En los últimos años, algunos servicios utilizan el nombre de Diagnóstico por Imagen tratando de dar relevancia a la imagen, independientemente del modo por el que se obtiene, aunque probablemente sobrepase los propios límites de la especialidad.

La rápida evolución de las tecnologías de diagnóstico por imagen en los ha permitido optimizar las técnicas preexistentes, mejorando significativamente la calidad de la imagen, reduciendo los tiempos de exposición y aumentando la productividad de los equipos, así como desarrollar otras nuevas técnicas que se han incorporado a la práctica clínica.

Además, la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación (Tics) al ámbito del diagnóstico por imagen ha supuesto una verdadera revolución en los procedimientos de archivo y acceso a las imágenes, a partir de los PACS (acrónimo de Picture Archiving and Communication System), posibilitando la digitalización total de la imagen y la consiguiente sustitución de los soportes físicos por digitales.

En los últimos años, se ha evidenciado una acusada tendencia al crecimiento de la utilización del diagnóstico por la imagen. Actualmente se ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer procedimientos para garantizar la seguridad del paciente, reduciendo en la medida de lo posible su exposición a cantidades excesivas de radiación y evitando la repetición innecesaria de estudios.

Así como de establecer en la práctica médica criterios de indicación de los diferentes tipos de estudios disponibles con el fin de racionalizar su demanda y favorecer la utilización adecuada de los mismos (se considera que entre un 10% y un 40% de los estudios de diagnóstico por imagen pueden ser inadecuados y no contribuyen al diagnóstico clínico del paciente).

La utilización del diagnóstico y tratamiento por la imagen varía significativamente entre países. Este permite a los médicos observar el interior del cuerpo para buscar indicios sobre una condición médica. Una variedad de aparatos y técnicas pueden crear imágenes de las estructuras y actividades dentro de su cuerpo.

El tipo de imagen que use el médico dependerá de sus síntomas y de la parte del cuerpo que debe examinarse.

Estas incluyen:

- ✓ Rayos X.
- ✓ Tomografías computarizadas.
- ✓ Estudios de medicina nuclear.
- ✓ Imágenes por resonancia magnética.
- ✓ Ecografías.

Muchas pruebas por imágenes no duelen y son fáciles de realizar. Algunas requieren que permanezca inmóvil por un largo período de tiempo dentro de un aparato. Esto puede resultar incómodo. Algunas pruebas pueden incluir dosis bajas de radiación.

En algunos estudios por imágenes, se introduce en el cuerpo una cámara diminuta unida a un tubo largo y delgado. Esta herramienta se llama tubo visor. El médico lo mueve a través de un conducto del cuerpo o una apertura para observar el interior de un órgano en particular, como el corazón, los pulmones o el colon. Estos procedimientos suelen requerir anestesia.

Instituto Nacional de Imágenes Biomédicas y Bioingeniería (NIBIB, por sus siglas en inglés)¹⁰ - Establecido en 2000, NIBIB promueve el mejoramiento de la salud de las personas patrocinando descubrimientos fundamentales, diseño y desarrollo, y la traducción y evaluación de capacidades tecnológicas en bioingeniería e imágenes biomédicas, permitidas a través de áreas relevantes de las ciencias de la información, la física, la química, las matemáticas, las ciencias biológicas y las ciencias de la computación.

¹⁰El Instituto está comprometido a integrar las ciencias físicas y de ingeniería con las ciencias de la vida, para avanzar la investigación básica y la atención médica.

La Unidad de diagnóstico por Imagen es responsable de los procedimientos e interpretación de las imágenes obtenidas de los exámenes efectuados usando métodos específicos para garantizar un buen diagnóstico.

1.9.1 Estructura de gestión de las Unidad Diagnósticas.

Referirse a una estructura organizativa, o unidad funcional, con diferente entidad dependiendo del centro sanitario donde esté ubicada, el alcance de su cartera de servicios y, en el caso de que se encuentre incluida en una red, del alcance de los procesos que tenga implementados.

Unidad es, en la definición adoptada en los documentos de estándares y recomendaciones, una organización de profesionales sanitarios que ofrece asistencia multidisciplinaria en un espacio específico, con unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos que garantizan la calidad y eficiencia en los servicios de atención de un determinado tipo de pacientes.

Está implícito en la definición que cada unidad asistencial debe tener un responsable; una oferta de servicios; la asignación de los Recursos Humanos o Talento Humano y físicos (incluyendo aquellos a tiempo parcial) necesarios para desarrollar sus actividades; un cuadro de mandos, con objetivos e indicadores de calidad, seguridad, eficiencia, formación, e investigación; protocolos y otros instrumentos de gestión clínica para los procesos y procedimientos (guías y vías clínicas, procesos asistenciales integrados, etc.) que más frecuentemente se atienden en la unidad; y un manual de organización y funcionamiento.

Dimensionar los Recursos Humanos o Talentos Humanos y tecnológicos conforme a las necesidades asistenciales y la disponibilidad presupuestaria, estableciendo los perfiles de capacitación, las prioridades de formación, desarrollo profesional, programando las inversiones y los gastos corrientes en compra de productos sanitarios.

Esta unidad está técnicamente subordinada del Cuerpo Clínico y administrativamente a la Dirección administrativa y tiene bajo su coordinación las áreas de especialidades¹¹.

Teniendo como profesionales los siguientes:

- Encargado de la Unidad Diagnóstica por Imagen.
- MédicosRadiólogos.
- Técnicos de RX.
- Auxiliar Técnico.
- Ayudante de Enfermería.
- Secretaria.

Se ha estimado que la frecuentación radiológica oscila en España entre 700 y 1.100 exploraciones/año por cada mil habitantes, con una cifra promedio anual cercana a las 800 exploraciones por mil habitantes, que podría sobrepasar las 900 cuando se consideran los estudios realizados en centros privados¹².

Según la Encuesta de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (ESCRI), durante los diez últimos años la frecuentación de los estudios convencionales ha disminuido levemente (2,5%), la frecuentación de TC y RM ha aumentado espectacularmente (64,58% y 200%, respectivamente) y la frecuentación de gammagrafías se ha mantenido.

¹¹Reglamento Interno del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA) de la Cuidad Sanitaria "Dr. Luís E. Aybar".

¹²Protocolo español de control de calidad en radiodiagnóstico. Revisión 1 (Aspectos técnicos). Sociedad Española de Física Médica y Sociedad Española de Protección Radio-lógica. 2002.

Se puede destacar que el número de salas convencionales de RX ha disminuido considerablemente y las modalidades de alta tecnología han aumentado significativamente (TC, RM, angiografía digital y gamma cámara, entre otros).

Los rendimientos por sala y año han aumentado como RX convencional, TC y la RM, excepto en angiografía digital, que han disminuido un en los últimos tiempo por la falta de recursos tanto económico como tecnológicos.

El médico especialista en diagnóstico por imagen tiene una responsabilidad compartida y subsidiaria, al aplicar una técnica o un procedimiento concreto, y debe informar sobre los aspectos directamente relacionados con la exploración que él realiza, sus complicaciones y riesgos.

El rápido crecimiento de la utilización del diagnóstico por la imagen ha puesto de manifiesto la necesidad de establecer procedimientos para garantizar la seguridad del paciente y reducir su exposición a las radiaciones ionizantes, evitando la repetición innecesaria de estudios, así como de establecer en la práctica médica criterios de indicación de los diferentes tipos de estudios disponibles con el fin de racionalizar su demanda y favorecer la utilización adecuada de los mismos (se considera que entre un 10% y un 40% de los estudios de diagnóstico por imagen pueden ser inadecuados y no contribuyen al diagnóstico clínico del paciente).

El Área de diagnóstico y tratamiento por imagen comprende la Unidad de diagnóstico y tratamiento radiológico y la Unidad de medicina nuclear e imagen molecular. La unidad de radio física y protección radiológica es un servicio central de soporte, que presta apoyo a todas las unidades y servicios que utilizan radiaciones ionizantes, con una especial relación con las unidades en lo referido al cálculo y estimación de dosis, el control de calidad y la protección radiológica asociada a los procedimientos y el diseño de las instalaciones.

La unidad diagnóstica debe integrarse en redes asistenciales caracterizadas por un marco geográfico y poblacional, Recursos Humanos y materiales, desarrollo de instrumentos (protocolo, vía, proceso asistencial integrado, etc.) para la continuidad de los cuidados así como por la integración funcional (sistema de información) y clínica (gestión por proceso, gestión de enfermedad) con el resto de los equipos asistenciales.

Una vez establecida la cartera de servicios y los tiempos de respuesta para la atención, el alcance de los procesos a realizar en la Unidad Diagnostica depende de que la comunicación entre unidades permita el acceso remoto a la imagen e información asociada, utilizando un sistema compatible de archivos de imagen.

Existe un creciente interés nacional e internacional en la búsqueda de estrategias que promuevan el uso adecuado del diagnóstico por imagen y eviten la repetición de estudios y la exposición innecesaria a la radiación.

La variabilidad en la utilización de los procedimientos de diagnóstico por imagen en función del profesional, del ámbito sanitario y del área geográfica en la que se produzca la solicitud, obliga a reflexionar sobre la adecuación en el uso de los recursos. Un número elevado de exploraciones de modalidades consideradas como de alta tecnología (rango estimado entre el 20 y el 50% del total) no proporciona información clínica relevante para mejorar el diagnóstico y tratamiento del paciente y, en consecuencia, las mismas pueden considerarse redundantes, inadecuadas o innecesarias.

Aunque, por regla general, el establecimiento de los criterios de adecuación es un paso importante para ajustar la demanda, la modificación de los patrones clínicos puede requerir estrategias específicas, como limitar los profesionales con privilegio para solicitar una prueba diagnóstica, establecer sistemas de pre autorización para TC, RM, no urgentes (aunque también existen recomendaciones en sentido contrario), incorporar protocolos informáticos para solicitar la realización de una prueba diagnóstica o llevar a cabo campañas de educación del paciente, que pueden ser eficaces para reducir la solicitud de pruebas innecesarias¹³.

Además de establecer la forma de analizar las condiciones laborales y evaluar el puesto de trabajo o del profesional del área, con el objeto de determinar la naturaleza y magnitud del riesgo radiológico al que se encuentran sometidos, el protocolo determina el alcance de la vigilancia sanitaria efectiva e incluye las normas para el cumplimiento del mismo, así como la conducta a seguir en función de sus resultados.

La administración general del Estado y todas las comunidades autónomas disponen de normas relativas a la autorización y registro de centros sanitarios.

Existen dos tipos de normas:

- ✓ Las de autorización y registro, que evalúan un centro antes de su puesta en funcionamiento, y las de acreditación, que lo evalúan con posterioridad a su funcionamiento.

¹³ Guía de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen. Royal College of Radiologists - Comisión Europea. Dirección General de Medio Ambiente, 2000.

- ✓ Las instalaciones de rayos X de radiodiagnóstico médico son instalaciones radiactivas, cuya autorización tiene una regulación específica. En el proceso de declaración de las instalaciones, se establece la obligación de que la adecuación del proyecto de la instalación y su montaje con las especificaciones aplicables en materia de protección radiológica, sea certificada por una entidad especializada, entre otros tipos de normas y regulaciones que se deben cumplir para funcionar con las normativas establecidas.

1.10 Derechos y garantías del paciente.

El centro sanitario con Unidad Diagnostica deberá observar y respetar los derechos del paciente recogidos en la legislación sanitaria vigente.

La implicación del paciente en el cuidado de su propia salud es un elemento relevante en todas las estrategias de atención sanitaria. Por ello, como principio general, la información debe ser clara, precisa y suficiente.

El paciente tiene derecho a conocer, con motivo de cualquier actuación en el ámbito de su salud, toda la información disponible sobre la misma, salvando los supuestos exceptuados por la Ley. Además, toda persona tiene derecho a que se respete su voluntad de no ser informada. La información, que como regla general se proporcionará verbalmente dejando constancia en la historia clínica comprende, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias.

La información clínica forma parte de todas las actuaciones asistenciales, será verdadera, se comunicará al paciente de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad.

Igual a las personas vinculadas al paciente, deberá ser consentida por aquél de forma expresa o tácita. Del mismo modo al paciente, siempre que su estado lo permita, se le explicará el entorno y su flujo en la unidad durante el episodio, con el fin de minimizar la ansiedad producida por la gravedad de su situación y el ambiente asistencial.

Se informará al paciente y familiares sobre las medidas que han de adoptarse como consecuencia de la realización de las exploraciones y procedimientos a realizar.

Dependiendo de la trascendencia de las medidas a tomar, tanto el paciente como la familia participarán, siempre que sea posible, en la toma de decisiones.

Además, se recomienda la utilización de carteles alertando a las pacientes si están embarazadas o pudieran estarlo para advertirlo antes de someterse a una exploración radiológica o de medicina nuclear.

1.10.1 Consentimiento informado.

La realización de procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasivos, así como la administración de tratamientos que impliquen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente, requerirá su consentimiento por escrito según lo previsto en la legislación aplicable. La realización de cualquier procedimiento que implique un cierto nivel de riesgo debe disponer de un entorno de información necesario para que el paciente, familiar y cuidador puedan conocer estos riesgos y las consecuencias de no asumirlos.

El consentimiento informado está regulado por la Ley ¹⁴, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que lo define como la conformidad libre, voluntaria y consciente de un paciente, manifestada en el pleno uso de sus facultades después de recibir la información adecuada, para que tenga lugar una actuación que afecta a su salud.

El consentimiento, ya sea escrito u oral, tiene básicamente tres objetivos:

- Dar información con calidad y cantidad suficiente sobre el procedimiento, sus posibles alternativas, consecuencias y los riesgos derivados del mismo.
- Formalizar la autorización libre y voluntaria del paciente para la realización del procedimiento propuesto. Esta actividad se exterioriza, a través de formularios escritos o dejando constancia escrita en la historia clínica, si la forma de obtención es verbal.
- Obtener la aceptación del riesgo informado. En el caso de procedimientos de alta dosis (intervencionismo) donde pudieran producirse lesiones en piel, así como en el caso de paciente gestante debería incluirse el riesgo por radiación.

Cada centro sanitario debe disponer de los documentos normalizados de consentimiento informado adaptados a sus especialidades, procedimientos y otras actividades que se realicen en el centro.

¹⁴ Saltar a: ab López, I.F.D. Aspectos legales y éticos del Consentimiento Informado en la atención médica en México. Rev. Mex Patol Clin (2001); 48(1):03-06 El consentimiento informado tiene sus raíces legales en 1947 con el Código de Núremberg, a través del cual se juzgó a un grupo de médicos acusados de realizar experimentos caracterizados como crímenes en contra de la humanidad, cometidos contra prisioneros de guerra en campos de concentración nazis durante la Segunda Guerra Mundial, los cuales se realizaban sin información o consentimiento sobre los riesgos a los que se enfrentaban las víctimas

Los modelos de consentimiento informado deben ser revisados con la periodicidad que se establezca o cuando se modifiquen los procedimientos o se identifiquen nuevos riesgos.

En el caso de que para realizar el procedimiento sea necesario algún tipo de anestesia, es precisa también la obtención también de consentimiento informado sobre la técnica anestésica una vez realizada la valoración del riesgo anestésico e informado el paciente de forma clara sobre el acto anestésico.

Resulta importante que el paciente entienda los riesgos y beneficios de la intervención clínica o de la investigación. Se ha demostrado que la comprensión de riesgos y beneficios es relativamente pobre tanto en la investigación como en el ámbito clínico

El equipo asistencial deberá establecer acuerdos acerca de los ámbitos de información de los que se responsabilizará cada profesional, especificando las tareas concretas que, por delegación de los médicos especialistas, correspondan al personal de enfermería y técnico.

En procedimientos de especial complejidad y riesgo, en los que sea necesario establecer una relación de confianza con el enfermo (radiología intervencionista), es recomendable que la información y la obtención del consentimiento sean realizadas, con suficiente anterioridad, por el radiólogo que va a practicarlos.

Además, se recomienda incluir el consentimiento informado sobre riesgos por radiación en los procedimientos de alta dosis (intervencionismo) donde pudieran producirse lesiones en piel, así como en el caso de pacientes gestantes. También se recomienda la existencia de un protocolo para la identificación y seguimiento de pacientes con posibles lesiones en piel.

1.11 Garantías de los derechos del paciente.

Los centros con unidades diagnóstica deberán disponer de la documentación y procedimientos como¹⁵:

- La cartera de servicios.
- El plan de acogida.
- El código ético.
- Las guías, vías o protocolos de práctica clínica y de cuidados.
- Los procedimientos escritos de ensayos clínicos.
- Los criterios de cumplimiento de la normativa sobre productos sanitarios.
- La historia clínica.
- Procedimiento sobre instrucciones previas.
- El informe de alta médica y de enfermería.
- Los protocolos que garanticen la seguridad, confidencialidad y el acceso legal a los datos de los pacientes.
- El libro de reclamaciones y sugerencias.
- La póliza de seguros.

El usuario del centro sanitario tiene derecho a obtener respuesta por escrito de las quejas o reclamaciones presentadas, por parte del responsable del centro o persona autorizada, sin perjuicio de su remisión a la administración competente, de acuerdo con lo previsto en la normativa autonómica correspondiente.

¹⁵ Reglamento Interno del Centro de Educación Médica de Amistad Dominicana Japonesa (CEMADOJA) de la Ciudad Sanitaria "Dr. Luís E. Aybar".

La queja, reclamación, iniciativa y sugerencia deberá ser objeto de evaluación periódica e incluirse como indicador en el plan de calidad de la unidad. El profesional sanitario que ejerza en el ámbito de la asistencia sanitaria privada, así como la persona jurídica o entidad de titularidad privada que preste cualquier clase de servicios sanitarios, deberá disponer del preceptivo seguro de responsabilidad, aval u otra garantía financiera, que cubra las indemnizaciones que se puedan derivar de un eventual daño a las personas, causado con ocasión de la prestación de tal asistencia o servicios.

El centro y, en su caso, el profesional sanitario por cuenta propia deberá conservar copia de los documentos acreditativos de las garantías de responsabilidad exigidas tanto a nivel general de Salud como a nivel de requisitos del establecimiento.

En los Estados Unidos se están desarrollando en los últimos años programas de gestión de las prestaciones de diagnóstico por imagen diseñados para controlar y reducir la utilización de las modalidades de alta tecnología, haciendo hincapié en el uso de normas para salvaguardar la seguridad del paciente y promover la calidad de imagen, la educación del médico y el uso de directrices basadas en la evidencia.

Después de la implementación de programas de estas características parece que las tasas de utilización se han reducido significativamente.

La gestión de procesos en la Unidad Diagnostica aporta una visión alternativa a los modelos tradicionales de organización basados en estructuras departamentales jerarquizadas y lastradas por una organización vertical, con una visión compartimentada y coordinación con otras unidades y niveles asistenciales, que dificultan la orientación hacia el cliente.

Frente a estos modelos, la gestión de procesos en las unidades facilita la utilización de herramientas con las que mejorar y rediseñar el flujo de trabajo para hacerlo más eficiente y adaptado a las necesidades de los usuarios, por lo que constituye un marco de referencia adecuado para el diseño e implementación de sistemas de gestión de la calidad.

Respecto a las instalaciones necesarias. Para el funcionamiento del equipo se requiere disponer de, toma de agua para alimentar el tanque de agua del sistema de humidificación del remolque, de conexiones (UTP) de comunicaciones, y de suministro eléctrico y toma de tierra. Las características de todas estas conexiones de los equipos requeridos para satisfacer las demandas de los usuarios. Para el buen funcionamiento de los equipos estos requieren un tiempo desde su estacionamiento para la calibración final y control de calidad.

1.12 Recursos Humanos en las Unidades Diagnósticas por Imágenes.

La gestión de los Recursos Humanos o Talentos Humanos, incluyendo aspectos de carácter Administrativo (registro, titulación, etc.), de formación y criterios orientadores para el cálculo de los recursos necesarios.

En los centros sanitarios que cuenta con una Unidad Diagnóstica deberá existir un registro actualizado de los profesionales sanitarios, cualquiera que sea su vinculación jurídica y la modalidad y lugar de prestación de la asistencia¹⁶.

¹⁶Reglamento Interno del Centro de Educación Médica de Amistad Dominico Japonesa (CEMADOJA) de la Ciudad Sanitaria "Dr. Luís E. Aybar".

El registro incluirá los datos siguientes: número de registro, nombre y apellidos, titulación, categoría profesional, especialidad, función, tipo de vinculación, en su caso, fecha de baja, cese o pase a la situación de pasivo, y, además, cuantos otros sean preceptivos de acuerdo con los principios generales establecidos por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en desarrollo de lo previsto en la legislación de ordenación de profesiones sanitarias.

El registro de profesionales sanitarios se actualizará siempre que haya una modificación de la plantilla y se revisará periódicamente, verificando el cumplimiento por parte de los profesionales de los requisitos necesarios para el ejercicio de la profesión.

Todos los centros dispondrán de un expediente personal de cada profesional sanitario, incluyendo el personal pasivo, en el que se conservará toda la documentación relativa a la titulación, formación especializada, experiencia profesional y vida laboral.

Se garantizará el derecho de acceso del interesado, así como la seguridad y confidencialidad de los datos personales.

El personal adscrito ejercerá en las mismas su profesión de acuerdo con los principios, condiciones y requisitos contenidos en la ley de ordenación de las profesiones sanitarias y en las demás normas legales y deontológicas aplicables. La Unidad Diagnostica debe disponer de un Director/responsable de la misma. Debe ser un facultativo especialista en alguna de las áreas de conocimiento de diagnóstico por imagen y tener formación y de responsabilidad en gestión.

Este debe ser responsable de una de Unidad, asumir la función de gestor de la misma, coordinado a su funcionamiento. Así mismo disponer de facultativos especialistas en las distintas áreas del conocimiento como: radiodiagnóstico y medicina nuclear. Los radiólogos son clínicos con experiencia en la investigación del cuerpo humano por la imagen, usando muy diversas técnicas para el diagnóstico y para el tratamiento, a través de procedimientos mínimamente invasivos, de múltiples patologías.

El espectro del trabajo realizado por un radiólogo depende de varios factores como:

- ✓ Tipo de centro sanitario donde ejerce su profesión, el área de especialización dentro del centro en que está ubicado y el tipo de radiólogo: radiólogo general, radiólogo general con especial dedicación en un área específica o un radiólogo especializado (neurorradiólogo, pediátrico, vascular intervencionista, torácico, etc.).
- ✓ Las diferentes tareas que realiza un radiólogo pueden agruparse bajo los siguientes epígrafes:
 - o Evaluación de la indicación de una exploración radiológica diagnóstica y terapéutica.
 - o Realización de procedimientos radiológicos. Trabajo directamente relacionado con las exploraciones efectuadas a los pacientes y abarca la: Valoración, realización e informe de los estudios. Esto incluye la información al paciente y la realización de reconstrucciones y manipulaciones de las imágenes postprocedimiento.

Realización e informe de procedimientos intervencionistas y terapéuticos. Esto incluye las entrevistas previas al procedimiento con el paciente y el seguimiento posterior del mismo además de la supervisión e informe de estudios de TC, RM, entre otras actividades.

De igual manera motivar la Consulta radiológica o Consulta concreta. Consiste en la discusión con colegas clínicos o con otros radiólogos sobre el manejo de pacientes individuales con problemas clínicos concretos. En ocasiones son consultas de colegas clínicos sobre pruebas radiológicas efectuadas en otros centros a pacientes atendidos ahora por ellos.

Participar en reuniones regulares, conferencias, sesiones clínicas, etc., con otros especialistas (multidisciplinarias) o con otros radiólogos con el objetivo de fortalecer sus conocimientos y actualización de los mismos.

Muchas de las discusiones relativas a la asistencia más adecuada para los pacientes se efectúan en estas reuniones, que son muy útiles para elaborar protocolos de actuación específicos, adaptados al entorno de trabajo concreto, para muy diversas situaciones o patologías.

La realización de reuniones también sirven para proporcionar actualización sobre los avances en el campo de la radiología y sus aplicaciones para la práctica asistencial y para que los radiólogos se pongan al día sobre los avances en otras especialidades.

Gestión y administración. En los Servicios de Radiología, dada su complejidad, es imprescindible que exista una integración muy estrecha y una coordinación de todos los radiólogos, así como de éstos con los técnicos radiólogos, secretarías, etc., para conseguir la máxima eficiencia y efectividad. En estas tareas deben implicarse, en mayor o menor medida según su cargo, todos los profesionales del servicio.

La gestión no debe entenderse sólo como gestión económica, también hay que gestionar la actividad clínica, la docencia, la investigación, la formación continua.

Docencia. La docencia puede ser de pregrado y de doctorado (hospitales universitarios), de formación de especialistas (vía MIR), así como para técnicos de radiología (escuelas de TER).

Formación médica continuada. El rápido desarrollo de las modalidades diagnósticas y terapéuticas y de otros aspectos en radiología hace que esta formación sea obligada para todos los radiólogos y para el resto de los profesionales que trabajan en un Servicio de Radiología.

Protección radiológica. Merece una atención especial, pues el radiólogo es el responsable de autorizar los estudios y supervisar su calidad. Los radiólogos y los técnicos tienen la responsabilidad de extremar las medidas en dos principios básicos de la protección radiológica. Evitar que se efectúen exploraciones innecesarias (justificación) y que las pruebas que usan radiaciones ionizantes se realicen con las menores dosis de radiación posibles manteniendo su capacidad diagnóstica (optimización).

El Royal College of Radiologists ha publicado recientemente unas directrices para dimensionar el número de radiólogos necesarios en unidades hospitalarias de radiología, que incluye una descripción interesante de estas funciones desde el punto de vista de la adopción generalizada del modelo multidisciplinario de atención al paciente y de los nuevos roles que han surgido con el crecimiento de la radiología intervencionista¹⁷.

¹⁷ The College of Radiographers, The Royal College of Radiologists. Imaging Service Standards for Accreditation. January 2009. London: The College of Radiographers and The Royal College of Radiologists, 2009. Disponible en: http://www.isas-uk.org/Library/ISAS_Standard/ISAS%20Standard%20V1.1.pdf

Los especialistas de medicina nuclear son los clínicos responsables de evaluar la adecuación de las peticiones de las exploraciones incluidas en su cartera de servicios, supervisar la realización de dichas exploraciones y elaborar los informes correspondientes, así como de la administración de tratamientos con radiofármacos. Salvando las diferencias propias de la especialidad, las funciones indicadas de los especialistas en radiología son aplicables a los especialistas de medicina nuclear.

El supervisor/a de enfermería realiza las funciones propias de la gestión del personal de enfermería y auxiliar de enfermería, y colaboración con el responsable de la Unidad Diagnóstica en la gestión económica y de los recursos humanos y materiales de la unidad, así como en lo referente a los cuidados en los diferentes aspectos de gestión de la unidad y de la red.

El coordinador/a de técnicos (de radiología y medicina nuclear) realiza las funciones propias de la gestión del personal técnico, y colaboración con el responsable en la gestión económica y de los recursos humanos y materiales de la unidad, así como en lo referente a las actividades de los técnicos en los diferentes aspectos de gestión y de la red.

Los técnicos superiores en imagen para el diagnóstico obtienen registros gráficos del cuerpo humano, de tipo morfológico y funcional con fines diagnósticos, preparando, manejando y controlando los equipos, interpretando y validando los resultados técnicos en condiciones de calidad y de seguridad ambiental, bajo la supervisión correspondiente.

En el marco de las funciones y objetivos asignados por profesionales de nivel superior al suyo, se le requerirán a los técnicos en los campos ocupacionales concernidos, por lo general, las capacidades de autonomía en:

- ✓ Organización administrativa y funcional en su ámbito de competencia, de la unidad de imagen para el diagnóstico.
- ✓ Programación del trabajo, a su nivel, y comunicación a los pacientes de las fechas u horarios de exploración.
- ✓ Previsión, a su nivel, de las necesidades materiales de la unidad de radiodiagnóstico.
- ✓ Recepción, información y registro de datos de los pacientes en la unidad de imagen para el diagnóstico.

El desarrollo del programa de mantenimiento, la puesta en marcha de los equipos de la unidad de imagen para el diagnóstico y el control de los parámetros de operación. Procesamiento de las películas radiográficas obtenidas en los distintos procedimientos de imagen para el diagnóstico.

Preparación de las dosis de radiofármacos necesarias para la realización de pruebas diagnósticas in vivo en Medicina Nuclear. Facilitar al paciente en la unidad de imagen para el diagnóstico los conocimientos técnicos necesarios para la posterior realización del procedimiento técnico diagnóstico.

Realizar el registro gráfico de las exploraciones con equipos radiográficos convencionales, con equipos de procesamiento informático de imágenes (TAC y RM) y de adquisición y procesamiento informático de imágenes en Medicina Nuclear y aplicar medidas de radio protección en las unidades de diagnóstico por la imagen.

En España disponen de documentos que publican periódicamente con el propósito de identificar y difundir ejemplos de buenas prácticas de coordinación profesional entre radiólogos y técnicos, incluyendo aspectos como la delegación, la transferencia de la atención y las funciones supervisadas.

Según un reciente informe de la Sociedad Española de Ultrasonidos (SEUS) la delegación de funciones a técnicos en ecografía es una práctica común en países donde estos profesionales tienen perfiles de formación avanzada¹⁸.

La delegación de funciones en ecografía al personal técnico es una práctica infrecuente en España, probablemente porque no se han institucionalizado programas de formación avanzada ni se han formalizado las condiciones materiales de delegación.

La unidad Diagnóstica debe contar con el respaldo administrativo los cuales desempeñan funciones como: La realización de informes, recepción de pacientes, secretaría del servicio, gestión de estudios, informes e historias, realización de estadísticas, facturación, informes de reclamaciones, gestión de agendas, etc., aunque en los últimos años han visto reducido su trabajo, y en otros casos están cambiando sus funciones, merced a la introducción de los sistemas de reconocimiento de voz (SRV), el almacenamiento digital de las imágenes y la descentralización de la cita.

¹⁸ Subdirección General de Atención Especializada. Plan de calidad de atención especializada. Madrid: INSALUD; 1998.

1.13 Vigilancia sanitaria específica para los trabajadores expuestos a radiaciones.

La Protección Radiológica es una tarea en la que están involucrados todos los estamentos de cada Centro: las personas que ostentan la autoridad en los órganos de Dirección y Gestión, los profesionales dedicados al ejercicio de la protección radiológica y los trabajadores, expuestos o no a las radiaciones ionizantes. Del conocimiento de sus obligaciones y del estricto cumplimiento de las normas con relación a dichos objetivos dependerá la disminución del riesgo, con el consiguiente beneficio, tanto para los profesionales sanitarios y no sanitarios, como para los pacientes y miembros del público.

La norma de aplicación a los riesgos laborales está establecida ley 87-01 del Sistema Dominicano de Seguridad Social cuyo Art.2, la cual establece:

El radio de acción de este reglamento se proyecta hacia la prevención de riesgos laborales, así como las prestaciones, derecho, cobertura y financiamiento del seguro de riesgos laborales, cuyos objetivos son:

- a) Prevenir las causas de accidentes de trabajo y/o enfermedades profesionales en el lugar de trabajo.
- b) Evitar danos de carácter permanentes a los trabajadores.
- c) Regular las actividades que deben llevarse a cabo para compensar los danos sufridos por los trabajadores afectados y a los demás beneficiados señalado en el art. 187 de la ley 87-01.

Otras normativas sobre relativas a riesgos laborales, son las relacionadas con las personas ocupacionalmente expuestas (POE) cuya actividad laboral los expone a cierto tipo de radiación o desechos químico considerados toxico.

Esta normativa está amparada en el Decreto 244-95 sobre REGLAMENTO DE PROTECCION RADIOLOGIA, el cual establece:

-Art. 35. Las personas ocupacionalmente expuestas que participen en exposición especiales donde haya el riesgo de recibir más del doble del límite de dosis de o en operaciones de emergencias, deberán ser voluntarias y en todos los casos deberán ser informados previamente de los riesgos de la tarea a realizar y las prevenciones específicas a adoptar.

-Art. 36. Los trabajadores que por cualquier circunstancia, reciban dosis superiores al doble de los límites de lo establecido, serán sometidos a un análisis médico.

El nuevo marco normativo en materia de prevención de riesgos laborales (Ley 31/1995, de 8 de noviembre, y normas de desarrollo) supone, entre otras cuestiones, que debe cambiar radicalmente la práctica de los reconocimientos médicos que se realizan a las y los trabajadores.

De ser exámenes médicos inespecíficos, cercanos a los clásicos chequeos o cribados de carácter preventivo general, deben pasar a ser periódicos, específicos frente a los riesgos derivados del trabajo, con el consentimiento informado del trabajador, y no deben ser utilizados con fines discriminatorios ni en perjuicio del trabajador.

Además de reconocer el derecho de todos los trabajadores a la vigilancia periódica de su salud, incluso prolongándola más allá de la finalización de la relación laboral en algunos supuestos, la ley encomienda a las administraciones sanitarias la tarea de dar homogeneidad y coherencia a los objetivos y contenidos de la vigilancia de la salud, mediante la elaboración de protocolos y guías de actuación, con la mirada puesta en implantar un modelo de vigilancia de la salud en el trabajo que sea eficaz para la prevención.

Asimismo de establecer la forma de analizar las condiciones laborales y evaluar el puesto de trabajo del trabajador, con el objeto de determinar la naturaleza y magnitud del riesgo radiológico al que se encuentran sometidos, el protocolo determina el alcance de la vigilancia sanitaria efectiva e incluye las normas para la cumplimentación de la misma, así como la conducta a seguir en función de sus resultados.

“El mejoramiento de la salud de los trabajadores se puede lograr mediante actividades coordinadas de la sociedad en su conjunto dirigidas por los gobiernos y con la participación amplia de los trabajadores y los empleados” (OMS. 60ª Asamblea Mundial de la Salud).

Por tanto las decisiones sobre sus futuras condiciones de trabajo deben ser tomadas teniendo en cuenta la opinión médica, la historia previa ocupacional y las circunstancias profesionales, sociales y económicas del trabajador.

Cabe destacar que el órgano regulador de esta rama es la Dirección Nuclear de la Comisión Nacional de Energía. No obstante, las instituciones o centros de salud carecen de reglamentos o protocolos que exijan un examen radiactivo a las Personas Ocupacionalmente Expuestas.

1.14 Calidad en el Servicio de la Unidad de Imágenes.

La Garantía de Calidad: Es el resultado de la aplicación de los procedimientos de habilitación establecidos en la Ley General de Salud destinados a la satisfacción de las necesidades y requerimientos de los usuarios en cuanto a la calidad técnica, efectividad, eficiencia, funcionamiento de las estructuras, sistemas, componentes o procedimientos de acuerdo a estándares aprobados por las autoridades sanitarias facultadas por los Reglamentos de aplicación de la Ley General de Salud.

Desde que se decide captar una estructura anatómica hasta que se realiza el diagnóstico sobre la imagen obtenida, se realiza una compleja actividad en la que están implicados diferentes procesos físicos, equipos y especialistas. A cada posible fallo en alguno de estos elementos cabe asociar un detrimento en la calidad de la imagen final o un aumento en la dosis de radiación que recibe el paciente, o ambos efectos.

El personal implicado en una instalación de radiodiagnóstico deberá organizarse para asegurar que las imágenes producidas por dicha instalación tengan una calidad suficientemente elevada que permita obtener en todo momento la información diagnóstica adecuada, al menor coste posible y con la mínima exposición del paciente a las radiaciones.

Evaluar la calidad del producto final en radiodiagnóstico es complejo, ya que los documentos radiográficos se encuentran sometidos a la subjetividad del interpretador porque:

- Los parámetros geométricos y fotográficos convencionales (densidad, contraste, etc.) varían en función de la formación, criterios y atención del radiólogo.
- La semiología que presenta un documento puede, asimismo, ser interpretada de distinta forma por diferentes profesionales, no ya sólo por la subjetividad de la acción interpretativa en sí misma, sino porque en ocasiones los mismos signos pueden ser presentados por procesos de gravedad sensiblemente diferentes.
- Se estima que sólo una parte de la actividad radiológica asistencial es susceptible de comprobación anatomopatológica sistemática.

Cabe definir la **Calidad en Radiodiagnóstico** como: La obtención de un documento radiológico que proporcione la mayor información diagnóstica posible, con la menor dosis de radiación, de la manera más eficiente posible y con un alto grado de satisfacción por parte del usuario y del profesional que lo realiza.

Mientras que tradicionalmente el foco de la calidad en el ámbito del diagnóstico por imagen ha girado en torno al control de los equipos a fin de garantizar el funcionamiento adecuado del proceso de adquisición y restitución de la imagen, cuantificándose mediante indicadores indirectos (número de estudios informados, número de placas desechadas, etc.).

Los paradigmas actuales contemplan de forma integral todos los aspectos relacionados con la actividad de la Unidad Diagnóstica, buscando la mejora continua de la organización mediante el despliegue de métodos de trabajo cuyo objetivo es organizar y sistematizar los procesos de gestión y la mejora de una organización, tomando como referencia un estándar determinado.

Aunque los más extendidos en nuestro país son la certificación, la evaluación, la habilitación y acreditación.

Dirección General de Habilidad y Acreditación: Es la instancia técnica, dependiente del Vice-Ministerio de Garantía de la Calidad del MSP, creada con la finalidad de asegurar que los Establecimientos y Servicios de Salud cumplan con condiciones mínimas y particulares en cuanto a sus recursos físicos, humanos, estructurales y de funcionamiento para garantizar que la población reciba servicios de salud de calidad.

Gráfico No. 4

**Ministerio de Salud Pública Vice-Ministerio de Garantía de la Calidad
Dirección General de Habilidad y Acreditación**



1.15.1 Indicadores de calidad de la Unidad Diagnóstica por Imágenes.

Aunque, según se ha visto, existen múltiples aproximaciones a la gestión de la calidad en la Unidad Diagnostica por Imágenes, no siempre resulta sencillo medir su actividad de forma sistemática y rigurosa, a fin de disponer de información que facilite la orientación necesaria para implementar mejoras relevantes.

Según diferentes estudios consultados, el uso de indicadores de gestión de calidad, en particular los de satisfacción del cliente, no dispone de un proceso estandarizado para las Unidades Diagnosticas por Imágenes de los hospitales docentes, sino que cada centro en lo particular deben implementar instrumentos de medida de la calidad en forma de indicadores para cuantificar y permitir apreciar la evolución del impacto de la gestión de la calidad sobre el funcionamiento y la organización de la Unidad,

De igual manera para medir la satisfacción de los pacientes y sobre la consecución de los objetivos previamente establecidos.

1.15.2 Calidad de vida laboral.

Calidad de vida implica crear, mantener y mejorar el ambiente laboral. Los gurúes de la calidad dicen que la calidad externa nunca es mayor que la interna, sino solo una derivación de ella.

Desde el enfoque del área de Recursos Humanos, la salud y seguridad de las personas representan y una de las principales bases para conservar una fuerza laboral adecuada. Referirse a la higiene laboral se puede decir que es el conjunto de normas y procedimientos que pretende proteger la integridad física y mental del trabajador o colaborador, al resguardarlo de los riesgos de salud inherente a las tareas del puesto y al ambiente físico donde las realiza.

La higiene laboral gira en torno al diagnóstico y la prevención de males ocupacionales, a partir del estudio y el control de dos variables: el ser humano y su ambiente laboral. Las Unidades Diagnóstica de igual manera que otras unidades o centros de salud deben contar con un plan de higiene laboral, el mismo suele abarca una estructura que cumpla con las normativas para su desarrollo e implementación.

Entre los principales objetivos de la higiene laboral se encuentra:

- ✓ Minimizar las causas de las enfermedades profesionales.
- ✓ Reducir los efectos perjudiciales provocados por el trabajo en personas enfermas o con discapacidades físicas.
- ✓ Prevenir que se agraven las enfermedades y las lesiones.
- ✓ Conservar la salud de los trabajadores o colaboradores y aumentar su productividad por medio del control del ambiente laboral.

Por otro lado cabe destacar tres puntos importantes de las condiciones ambientales del trabajo que son: iluminación, ruido y condiciones atmosféricas.

1.15.3 Seguridad laboral.

La seguridad laboral es el conjunto de medidas técnicas, educativas, médicas y psicológicas para prevenir accidentes, sea al minimizar las condiciones inseguras del ambiente o instruir a las personas para que apliquen practicas preventivas, lo cual es indispensable para un desempeño satisfactorio del trabajo.

Estos tienen el objetivo de establecer normas y procedimientos con la aplicación de tantos recursos como sea posible para prevenir accidentes y controlar los resultados. El programa de seguridad se debe establecer a partir del principio de que es posible prevenir accidentes siempre y cuando se apliquen medidas de seguridad adecuadas, y que éstas sólo se aplican bien por medio de un trabajo en equipo.

Para las instituciones es muy importante que cuenten con programas de seguridad por las siguientes razones:

- a. Pérdidas personales: El padecimiento físico, los daños personales y la angustia están muy ligados a las lesiones por accidentes.
- b. Pérdidas económicas sufridas por los trabajadores o colaboradores accidentados: en general, los planes de seguros de accidentes personales cubren los accidentes, pero no siempre cubren debidamente las pérdidas personales.
- c. Pérdidas de productividad: cuando un trabajador o colaborador se accidenta, la productividad de la empresa también registra cierta pérdida.
- d. Aumento de las primas de las aseguradoras.
- e. Problemas legales: las leyes prevén penas legales para el empleador que infringe ciertas normas de seguridad para sus trabajadores o colaboradores.
- f. Responsabilidad social.
- g. Imagen de la institución.

- h. Cualesquiera otras lesiones orgánicas y perturbaciones funcionales o psíquicas permanentes que, en opinión de un médico, ocasionen la pérdida de tres cuartos o más de la capacidad para trabajar.
- i. Muerte del accidentado.

La seguridad en sí es una responsabilidad de línea y una función administrativa debido a su especialización. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define “accidentes” como “un hecho no premeditado del cual se deriva un daño considerable”. El National Safety Council (Consejo Nacional de seguridad) define “accidente” como “una serie de hechos que, cuando ocurren, en general y sin intención, producen lesiones corporales, muerte o daños materiales”.

La relación de accidentes laborales señalados por la ley también incluye los accidentes durante el trayecto al trabajo; es decir, los que ocurren cuando el empleado transita de su casa a su lugar de trabajo y viceversa.

1.15.4 Administración de riesgos.

La administración de riesgo implica identificar, analizar y administrar las condiciones que pueden provocar infortunios. Un riesgo es un hecho imprevisible, pero probable.

Además del sistema de protección contra incendios (aparatos portátiles, hidratantes y sistemas automáticos,) la administración de riesgos requiere pólizas de seguro contra incendio e interrupción de ganancias como complemento para asegurar el patrimonio y el funcionamiento de la institución.

La calidad de vida en el trabajo está adquiriendo una importancia sin precedente para el éxito de la institución. Esta depende del grado de satisfacción de las personas en relación con la institución y el ambiente laboral.

1.16 Habilitación, Autorización, acreditación, certificación y evaluación.

La Habilitación es de aplicación obligatoria a todos los establecimientos y servicios de salud de la República Dominicana tanto públicos, privados, no gubernamentales y los establecimientos de salud internacionales, que operen en el territorio nacional, así como los denominados establecimientos de salud temporales. La Habilitación se obtiene antes de la puesta en funcionamiento del Establecimiento o Servicio de Salud. (Artículo 4, Reglamento (1138-03) de la Ley General de Salud (42-01).

El Ministerio de Salud Pública, a través de la Dirección General de Habilitación y Acreditación, adscrita al Vice-ministerio de Garantía de la Calidad, ha desarrollado un conjunto de acciones a fin de que el Sistema Nacional de Salud cuente con un Sistema Nacional de Habilitación que garantice estándares mínimos de calidad.

La Habilitación de establecimientos de salud, se fundamenta en el proceso de evaluación mediante el cual el Ministerio de Salud Pública, otorga la licencia de funcionamiento a un establecimiento de salud que ha cumplido con la totalidad de requerimientos establecidos. Para apoyar este proceso se han elaborado un conjunto de normativas para la Habilitación de establecimientos y servicios de salud.

Mediante Disposición Administrativa No. 025085/1 del Ministerio de Salud, se crea la Unidad de Habilitación y Acreditación para los Establecimientos de Salud, de acuerdo a lo establecido por la Ley No. 42-01. La misma indicaba, que al término de un período de 2 años de puesta en marcha progresiva el proceso que le compete, sería elevada al nivel de Dirección General.

En noviembre del 2004, las autoridades, conforme a lo establecido en el Reglamento General de Habilitación (1138-03), promueve la Unidad de Habilitación y Acreditación a la categoría de Dirección General de Habilitación y Acreditación (Disposición Administrativa No. 00008) para desarrollar un Sistema Nacional de Habilitación en salud, técnica y éticamente confiable, efectivo y transparente.

La autorización: Es un procedimiento administrativo que faculta a los centros, servicios y establecimientos sanitarios para su funcionamiento, y que, en tanto que requiere la previa verificación del cumplimiento de los requerimientos que estos deben cumplir, a fin de garantizar que cuentan con los medios técnicos, instalaciones y profesionales adecuados para llevar a cabo sus actividades sanitarias, puede considerarse el estadio inicial de la calidad asistencial.

Haciendo referencia a la acreditación: es un procedimiento para determinar si los centros y servicios sanitarios han alcanzado un nivel óptimo para desarrollar la función que tienen encomendada mediante la comprobación del cumplimiento por parte de éstos, de estándares específicos de buena práctica, que compilan la experiencia de los mejores centros sanitarios nacionales o internacionales.

La acreditación por su parte se fundamenta en la demostración de una mejora de la calidad de las organizaciones basada en el cumplimiento de unos estándares definidos como el estándar, la máxima prestación que se puede conseguir en aquellas actividades que afectan al cuidado del paciente.

Estos estándares se elaboran por un grupo de expertos, se adaptan a las características legales, culturales y/o religiosas de cada país y centro de atención y se revisan periódicamente. Para obtener esta acreditación existen guías que definen las actividades que se deben desarrollar para cumplir con los requerimientos para conseguir la acreditación.

El proceso de acreditación comprende una fase de preparación, que tiene por objeto adaptar los estándares, previa a la auditoría, mediante la cual un grupo de expertos verifica el grado efectivo de cumplimiento de dichos estándares. Al finalizar la auditoría, se valoran los hallazgos más significativos en un informe que determina el resultado final y los puntos a mejorar.

La acreditación que se consigue se debe renovar cada periodo como lo dictan las normativas institucionales.

En otros países, también existen sistemas de acreditación específicos de los centros de salud y las unidades diagnósticas. El United Kingdom Accreditation Service (UKAS) ha puesto en marcha el primer sistema de acreditación del Reino Unido para los servicios de diagnóstico por imagen (ISAS), basado en un estándar desarrollado conjuntamente por el College of Radiographers y el Royal College of Radiologists.

Está específicamente dirigido a Unidades Diagnóstica que prestan servicios tanto para el sector privado como público y promueve las mejores prácticas en el tratamiento integral del paciente, la eficacia clínica y seguridad del personal.

La certificación ISO, tiene por objeto garantizar que una organización está comprometida con la transparencia y la eficacia de sus procedimientos, y proporciona a los usuarios y colaboradores la confianza de que está involucrada en la mejora continua y la satisfacción de las expectativas de los usuarios, utilizando normas de carácter voluntario, que permiten certificar si un servicio o un producto cumple los requisitos establecidos en las normas.

Antes de la auditoría, cada centro debe elaborar un Manual de Calidad en el que explica cómo da cumplimiento a cada uno de los requisitos de la Norma y debe preparar la documentación necesaria para demostrarlo (documentos, procedimientos, registros). Después de un periodo de implantación, se debe realizar una auditoría interna, previa a la de la empresa certificadora.

Auditoría de certificación, por medio de la cual la entidad certificadora comprueba la implantación de la Norma. El plan de auditoría incluye entrevistas, verificaciones y observación del sistema en funcionamiento. En el informe de auditoría se plasma el resultado de la auditoría. Si es positivo, se concede la certificación.

Dicho informe puede ir acompañado de observaciones (que no condicionan un resultado negativo, pero deberán seguirse en la siguiente auditoría) o de No Conformidades (que deben solventarse para emitir el certificado de conformidad).

Las Normas ISO están orientadas a procesos, exigiendo que las organizaciones sean conscientes de su existencia (identificación y documentación) para poder gestionarlos eficazmente y así incrementar la satisfacción del cliente.

Otro requerimiento para el cumplimiento de las acreditaciones y mejoras continuas son los procesos de evaluación que tienen por objeto conocer el estado de una organización en relación con una referencia determinada. Cuando dicha referencia es una organización ideal o excelente según los criterios

De igual forma los centros deben contar con Programa de Garantía de Calidad, estos deben estar por escrito y a la disposición de las autoridades sanitarias competentes. La alta gerencia de la unidad asistencial de Radiodiagnóstico debe desarrollar e implantar Programas de Garantía de Calidad.

1.16. 1 Proceso de control.

El proceso de control es cíclico y repetitivo, y sirve para ajustar las operaciones a las normas ya establecidas. Por tanto, el control funciona como un proceso con una secuencia, podemos destacar cuatro etapas¹⁹:

1. Establecimiento de los estándares deseados.
2. Supervisión del desempeño.
3. Comparación del desempeño con los estándares deseados.
4. Acción correctiva si es necesaria.

Para que el proceso de control sea eficaz se debe sujetarse a criterios para poder controlar las actividades correctas, ser oportuno, incluir una relación favorable de costo-beneficio, además debe ser exacto, aceptado y pedagógico. Es importante que las personas acepten el control y entiendan el objeto del proceso.

¹⁹Chiavenato, Idalberto, Introducao a teoria general da administracao, Rio de Janeiro, Elsevier/Campus 2005.

Deben pensar que el control es necesario y que se debe aplicar. Si las personas no aceptan el control, sentirán que se trata de medidas arbitrarias o de explotación. Cuando nos referimos a que debe ser pedagógico es que el control debe representar resultados que puedan mejorarse o corregirse mediante el aprendizaje.

En otras palabras, debe enseñar en función de la experiencia pasada. Estos criterios son importantes para que el control proporcione resultados que apoyen e impulsen el comportamiento de las personas.

En otras palabras, debe enseñar en función de la experiencia pasada. Estos criterios son importantes para que el control proporcione resultados que apoyen e impulsen el comportamiento de las personas.

CAPITULO II. CONTEXTUALIZACIÓN DEL CENTRO DE EDUCACION MEDICA DE AMISTAD DOMINICO-JAPONESA (CEMADOJA).

2.1 ANTECEDENTES DEL CENTRO.

GRAFICO NO. 4



El Ministerio de Salud Pública, considerando que los servicios del sector salud presentaban deficiencias y limitaciones que dificultaban satisfacer las necesidades de una gran mayoría de la población dominicana, solicitó al gobierno del Japón la construcción de un Centro de Educación Médica y entrenamiento en la Ciudad Sanitaria "Dr. Luís E. Aybar", mediante el programa de Cooperación Financiera No Reembolsable del gobierno de Japón.

En respuesta a la solicitud del Gobierno Dominicano y luego de varios estudios de factibilidad realizados por La Agencia de Cooperación Internacional del Japón (JICA), el gobierno de Japón construyó el CEMADOJA, iniciando así sus actividades el 8 de Octubre del 1999 bajo la coordinación y supervisión directa de la JICA.

Es un proyecto de cooperación técnica de 5 años, con la finalidad de promover una educación continuada eficaz para los médicos y técnicos de la salud en las áreas de imagenología y epidemiología; además, brindar un servicio de calidad y calidez a todos los usuarios del Centro.

En marzo 2004, se realizó la evaluación final de los 5 años de funcionamiento (1999- 2004) del Proyecto de Educación Médica y Entrenamiento, la cual concluyó expresando el logro del objetivo del proyecto y al mismo tiempo demostró el gran interés del personal de CEMADOJA de realizar un programa de capacitación de imagenología para los países vecinos utilizando los frutos del proyecto.

En consonancia con la génesis de este Centro, el edificio del mismo fue construido y equipado mediante un proyecto de cooperación financiera no reembolsable del Gobierno Japonés, por un monto de US\$ 10.5 millones de dólares, en los terrenos del Complejo Hospitalario “Dr. Luis E. Aybar” (Actualmente Ciudad Sanitaria “Dr. Luis E. Aybar”).

2.1.1 DESCRIPCION DE LA INSTITUCION

El Centro de Educación Médica de Amistad Dominico – Japonesa (CEMADOJA), es un centro de Docencia, Capacitación, Formación e Investigación para el desarrollo nacional de Educación Médica especializada y continua.

Brinda atención médica ambulatoria y de urgencia las 24 horas, en servicios de imágenes diagnósticas de alta tecnología. Cuenta con los cuidados de enfermeras y servicios de apoyo para formular el diagnóstico clínico del paciente.

El CEMADOJA está ubicada dentro de la ciudad sanitaria Dr. Luis. E. Aybar, en la cual además se encuentran las siguientes áreas:

- Hospital Dr. Luis E. Aybar
- Centro de Gastroenterología Dominico - Japonés
- Unidad de Quemados Pearl E. Ort
- Centro Cardio- Neuro Oftalmológico y Trasplante (CECANOT)

El Logo de CEMADOJA, expresa la unión y compromiso de ofrecer mejores servicios de salud y educación médica a la ciudadanía.

El logotipo está conformado por un círculo, ocupado en su parte superior por las banderas dominicana y japonesa respectivamente y en su parte inferior, dos manos entrelazadas, las cuales expresan la estrechez de amistad, cooperación y colaboración existente entre ambos países.

FIGURA NO. 6



Logo Entidad Rectora y de Cooperación:



FIGURA NO. 7



2.2 Misión

Proporcionar diagnóstico por imágenes con los más altos estándares de calidad, así como formar médicos en imageneología y epidemiología a través de la educación como un servicio socialmente responsable en la mejora de la salud pública.

2.3 Visión

El personal del Centro comparte una visión del futuro que ha sido planteada en los siguientes términos: “Somos el centro modelo de referencia internacional en educación en imageneología y epidemiología, con prestación de servicios en imágenes, con alta calidad humana y tecnología.

2.4 Valores:

- ✓ Amistad.
- ✓ Profesionalidad.
- ✓ Compromiso.
- ✓ Actitud Innovadora.
- ✓ Liderazgo.

2.5 FILOSOFIA

“Teniendo como meta el establecimiento de un sistema de Educación continua a los profesionales de la Salud, CEMADOJA, lleva a cabo las actividades de Enseñanza e Investigación en el área de Imagenología y Salud Pública, principalmente Epidemiología como concepto de medicina preventiva, con el propósito de formar médicos y paramédicos que contribuyan en la preservación de la Salud y el bienes del pueblo Dominicano”.

2.6 PROGRAMAS Y CONVENIOS.

La labor de capacitación especializada que se imparte en ese centro a Médicos, Técnicos en Imagenología avanzada registra tan altos estándares de calidad que varios países del Caribe y Centro América envían profesionales a capacitarse en la República Dominicana y para fortalecer las relaciones bilaterales entre diferentes instituciones, realiza actividades conjuntas en el ámbito de formación, investigación científica y educación permanente.

Con miras al logro de la calidad de los servicios de sector salud, para satisfacer las necesidades demandadas por la población del país. El Centro cuenta con programas de postgrado en Imagenología, epidemiología e Imagenología tecnológica, cursos, rotaciones prácticas de residentes, se han realizado más de 33,000 estudios en el 2004 en las diferentes modalidades diagnósticas, además tiene la capacidad de suplir, en gran parte la necesidad de diagnósticos por imágenes del sector de Salud Pública, en el ámbito nacional.

Este Centro constituye un modelo de formación en Recursos Humanos en Salud en el área del Caribe y Centro América en las especialidades de diagnóstico por imágenes y radiología.

Desde el periodo Mayo 2000, las acciones del Departamento de Salud Pública y Epidemiología, están dirigidas a desarrollaren el área de Docencia como:

- ✓ Programa de docencia con 4 módulos y un horario de 8: AM a 12:m. de 12:10 a 1:10 P.M. hora de almuerzo y de 1:10 P.M hasta las 4:00 P.M.
- ✓ En la semana se imparten 5 temas con sus prácticas de laboratorio, al finalizar el ciclo se han impartido 40 temas.

Este Horario se desarrolla en 6 ciclos de 2 meses cada uno en un año, dirigido a los residentes de 1er. Año, luego se amplió la cobertura incluyendo la participación de todos los residentes de las diferentes especialidades del complejo Hospitalario Dr. Luis E. Aybar, y de otros Centros de salud del País, donde exista Residencias Médicas, sin importar el rango.

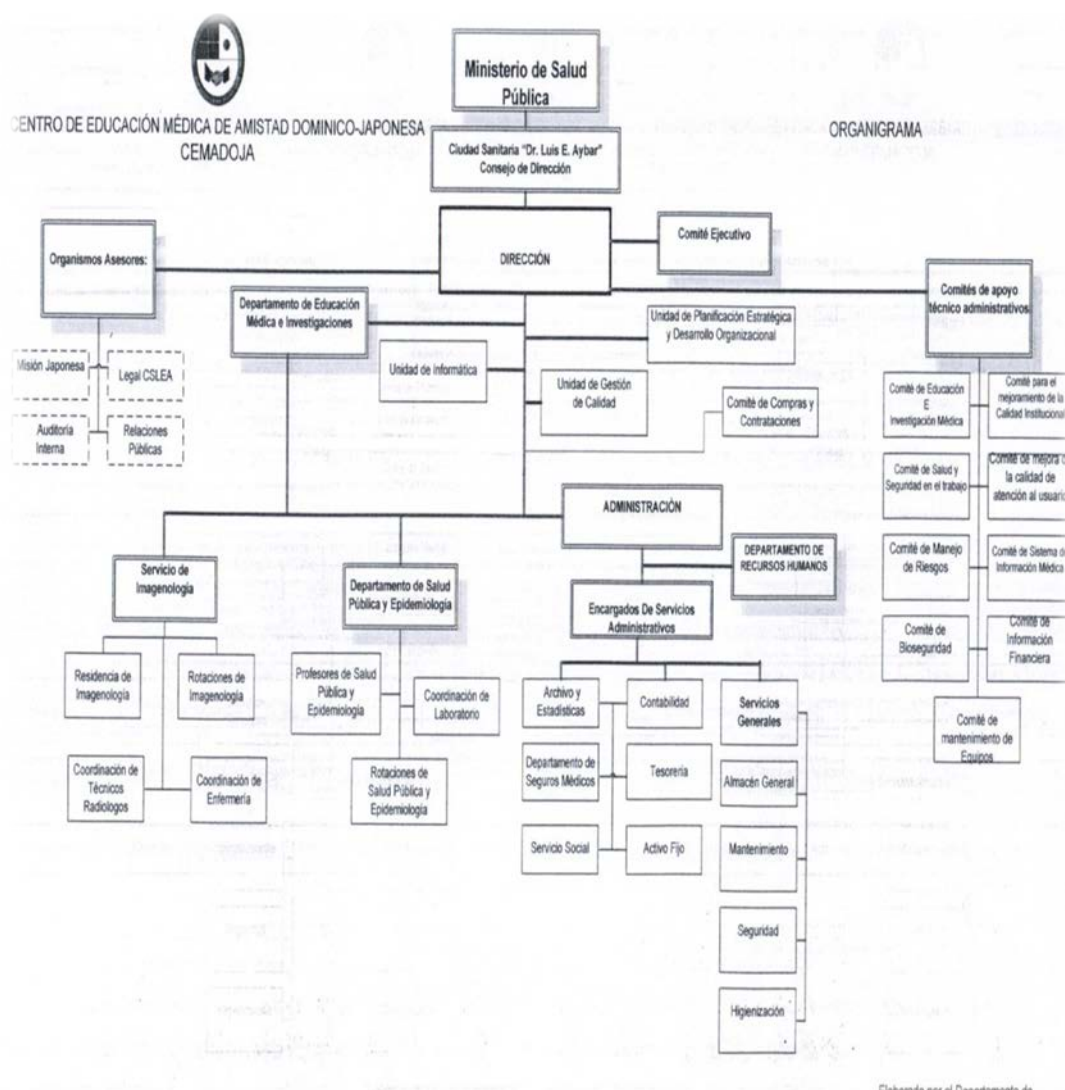
Cuenta además con convenios queincluyen la realización de Internados, Dotación de Aval de especialidades Médicas, así como la realización de investigaciones conjuntas, actividades de divulgación científica y educación permanente.

2.1.1 Estructura organizacional

Un aspecto trascendente en este Centro de Salud, es disponer de una estructura adecuada y eficiente, que cumple con los protocolos que definen claramente los aspectos a desarrollar y los vínculos con los demás, permitiendo ejecutar acciones que garantizan la eficacia y calidad de los servicios que presta.

GRAFICO NO. 5

ORGANIGRAMA GENERAL DEL CENTRO.



2.1.2 Estructura Organizativa General de la Dirección de Recursos Humanos.

La estructura organizacional de la Dirección de Recursos Humanos permite dar a conocer las líneas de mando, los niveles de supervisión y retroalimentación, contribuyen a la agilización de los procesos, para mantener un equilibrio en la distribución de las asignaciones de trabajo, disciplina e inviolabilidad de las normas y contribuirá a reconocer las vías correctas de tramitación de órdenes.

GRAFICO NO. 6
DE LA ESTRUCTUA FUNCIONAL DEL DEPTO. RECURSOS HUMANO
DE CEMADOJA



CARGO	E	R
Encargada de Gestión del Talento Humano	1	1
Analista de Gestión del Talento Humanos	1	1
Relaciones Laborales	0	1
Auxiliar de Gestión del Talento Humanos	0	1
Secretaria	1	1
TOTAL	03	05

Clave
E: Existentes
R: Requeridos

2.1.3 CARTERA DE SERVICIOS QUE OFRECE EL CENTRO A LOS USUARIOS:

El Centro ofrece servicios Diagnósticos en el Área de Imagenología a pacientes ambulatorios y hospitalizados, a través de procedimientos diagnósticos invasivos.

Tales como:

Imágenes



Área de servicios

- ✓ Rayos X Convencional
- ✓ Mamografía
- ✓ Tomografía- todas, incluyendo la Urotomografía
- ✓ Resonancia Magnética
- ✓ Sonografía todas, incluyendo la sonografía Doppler
- ✓ Biopsias y Drenajes guiados por sonografía
- ✓ Biopsias guiadas por tomografía
- ✓ Densitometría ósea

Estudios fluoroscópicos

- ✓ Colon baritado
- ✓ Serie gastroduodenal
- ✓ Esófago baritado
- ✓ Tránsito intestinal
- ✓ Histerosalpingografía
- ✓ Cistografía
- ✓ Uretrocistografía
- ✓ Urografía excretora
- ✓ Fistulografía

Salud Pública y epidemiología



Área de servicios

- ✓ Docencias a los residentes de diferentes especialidades Práctica de los rotantes por el laboratorio.
- ✓ Área de microscopia con microscopio trilocular e inmunofluorescencia.
- ✓ Equipo de PCR para reacción en cadena de polimerasa.
- ✓ Equipos de cultivo celular de virus.

Equipo de Elisa para pruebas inmunológicas.

Educación Médica



Área de servicios

- ✓ Residentes rotantes en medicina
- ✓ Seminarios y congresos
- ✓ Informe de la evaluación de los médicos
- ✓ Actividades docentes
- ✓ Seguimiento de las actividades académicas
- ✓ Biblioteca
- ✓ Elaboración de revistas científicas
- ✓ Investigaciones científicas

Laboratorio Clínico



Área de servicios

Hematología

Panel de coagulación

Panel de serie roja

Panel de serie blanca

Panel de plaquetas

Química

Panel lipídico

Panel Cardiovascular

Panel Diabético

Panel hepático

Pruebas Especiales

Panel Tiroideo

Panel Reproductivo

Panel Hormonal

Panel de Marcadores Tumoraes

Panel de Enfermedades Infecciosas

Panel de Fármacos

Panel de Drogas de Abuso

Panel de Biología Molecular

Panel de Virus en sangre

Microbiología

Panel de Cultivos

Uroanálisis y Parasitología

Panel de orina

Panel de heces

2.1.4 ORGANISMO INTERNOS, DE APOYO TECNICO ADMINISTRATIVO

En el Centro deben funcionar los Comités descritos más adelante. Los mismos tendrán carácter de organismos internos de asesoramiento y/o apoyo técnico-administrativo. Se regirán por su propio reglamento, cuya elaboración deberá estar sujeta a estándares y normas nacionales establecidas, exceptuando el Comité de Disciplina, Reconocimientos y Evaluación del Personal, el cual está regido por la Ley No. 41-08.

Estos son:

- ❖ Comité de Auditoria Médica.
- ❖ Comité de Mantenimientos de Equipos.
- ❖ Comité de Compras y Licitaciones.
- ❖ Comité de Sistema de Información Médica.
- ❖ Comité de Higiene y Seguridad.
- ❖ Comité de Sistema de Información Financiera.
- ❖ Comité de Educación Médica e Investigaciones.
- ❖ Comité de Bioética.
- ❖ Comité de Emergencias y Desastres.
- ❖ Comité de Mortalidad.
- ❖ Comité de Protocolo.
- ❖ Comité de Mejora de la Calidad de Atención al Usuario.
- ❖ Comité de expedientes Clínicos.

2.8 ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL: CASO DE ESTUDIO Y METODOLÓGICO.

Con el objetivo de realizar un diagnóstico de la situación actual y evaluar el nivel de conocimiento y existencia de un Manual de Inducción se presenta esta investigación la cual se llevó cabo a través de reuniones de trabajo, grupos focales y entrevistas para profundizar y conocer la situación actual.

La cual contó con la participación de los servidores públicos de todas las áreas departamentales del centro. La metodología implementada para la recopilación de la información se basó en un análisis usando como técnicas de recolección de datos la observación, la entrevista y el cuestionario, encontramos con los siguientes resultados:

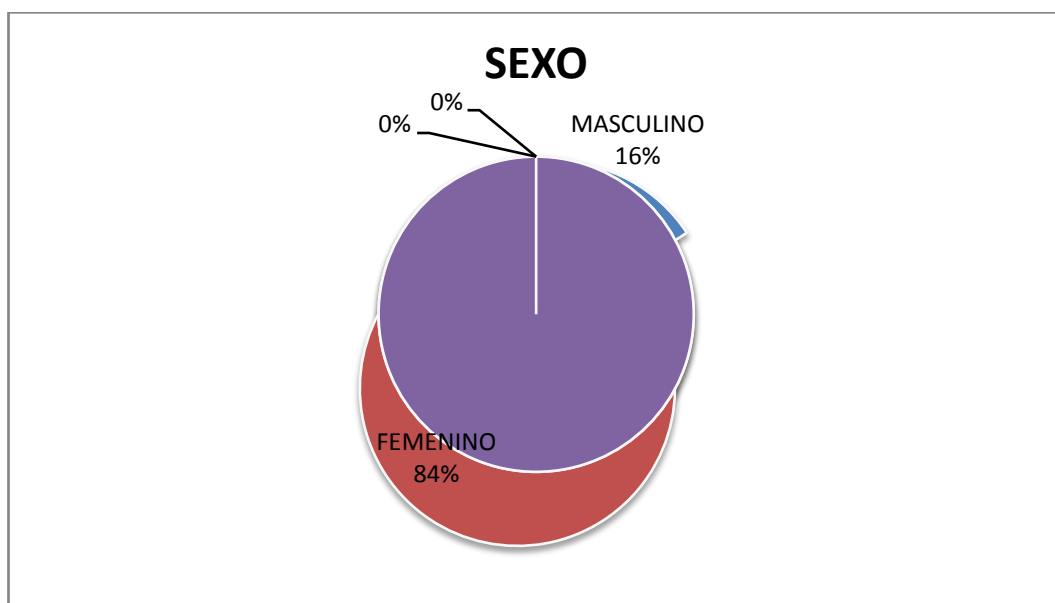
2.8.1 TABULACIÓN Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS.

- La primera pregunta hace referencia al sexo del entrevistado.

TABLA N° 1
PORCENTAJES DEL SEXO

Sexo	N°	%
MASCULINO	3	15,79
FEMENINO	16	84,21
TOTAL	19	100%

GRAFICO NO. 7



Fuente Tabla No. 1

Los resultados obtenidos indican que el 84,21% de los empleados del Centro son mujeres, mientras que el 15,79% son hombres. Se puede observar que predomina el género femenino, indicando de esta manera que las funciones gerenciales y de recurso humano manejadas por mujeres.

-La segunda pregunta cuestiona a los empleados o entrevistados sobre su nivel académico alcanzado.

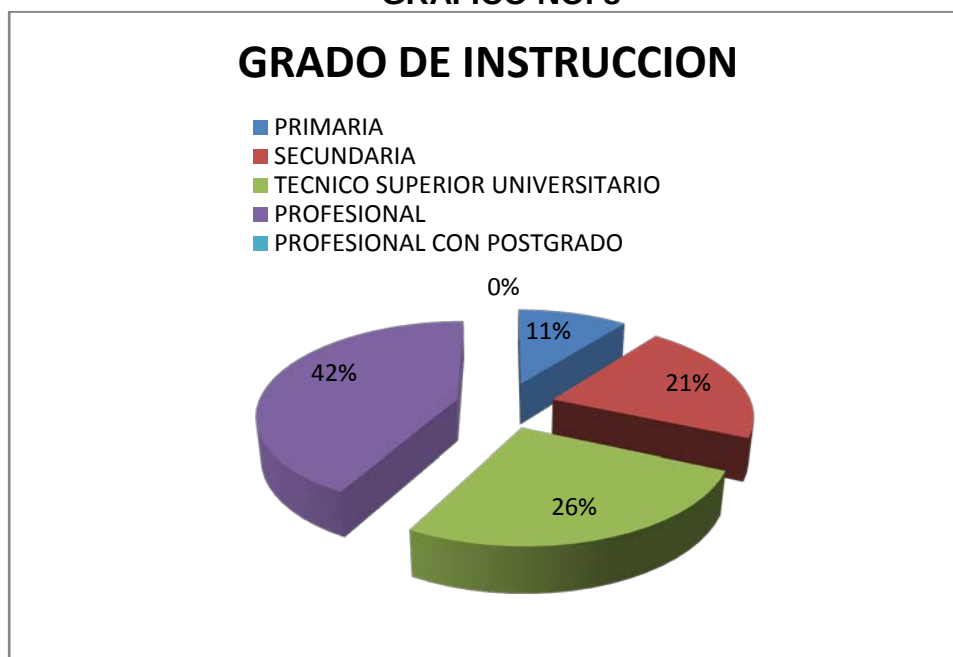
TABLA N° 2

SEGÚN EL GRADO DE INSTRUCCIÓN

Grado de instrucción	N°	%
PRIMARIA	2	0,00
SECUNDARIA	4	31,58
TECNICO SUPERIOR	5	26,32
UNIVERSITARIO		
PROFESIONAL	8	42,11
PROFESIONAL CON POSTGRADO	0	0,00
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO NO. 8



Los datos obtenidos indican que 31,58% tienen grado de instrucción secundaria, el 42,11% de los entrevistados son profesionales, un 26,32% son Técnicos Superiores, mientras que no hay empleados que tengan primaria ni profesional con Postgrado.

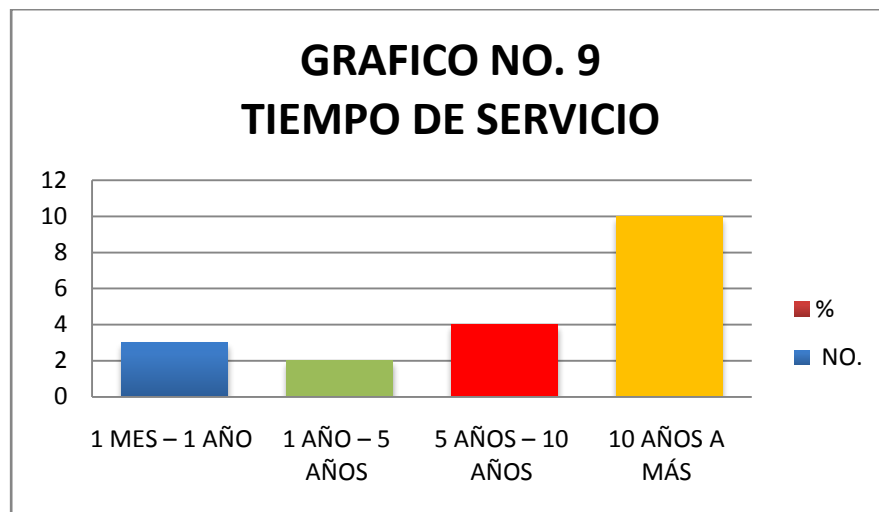
Además indican que la mayoría de los empleados poseen un buen grado de instrucción, acorde con las funciones que desempeñan, ya que cada función requiere niveles óptimos de responsabilidad y calidad de trabajo, mientras que un número considerable de trabajadores tienen un nivel de instrucción por debajo de lo requerido, los cuales deben culminar sus etapas de estudios, para brindar un mejor servicio profesional.

-La tercera pregunta hace referencia al tiempo en servicio de los empleados en el Centro.

**TABLA N° 3
SEGÚN EL TIEMPO DE SERVICIO**

Tiempo de servicio	N°	%
1 MES – 1 AÑO	3	15,79
1 AÑO – 5 AÑOS	2	10,53
5 AÑOS – 10 AÑOS	4	21,05
10 AÑOS A MÁS	10	52,63
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista al personal del Centro.



Los datos obtenidos reflejan que un 52,63% de los empleados tienen más de 10 años de labor en el Centro, un 21,05% tienen más de 5 años, un 5,79% con más de 1 mes, es decir, que son nuevos empleados y un 10,53% con más de un año de labor.

Se puede observar que más de la mitad de los trabajadores tienen un tiempo considerable de servicio para el Centro, lo que demuestra que los mismos tienen un conocimiento amplio de las funciones que realizan, ya que a partir de su incorporación se han establecido y adaptado a sus actividades organizacionales. De igual manera pocos empleados tienen menos tiempo laborando, los cuales a través de sus funciones pueden alcanzar un mejor grado de desarrollo en el Centro.

-La cuarta interrogante hace referencia a la manera de ingreso del empleado al Centro.

TABLA N° 4

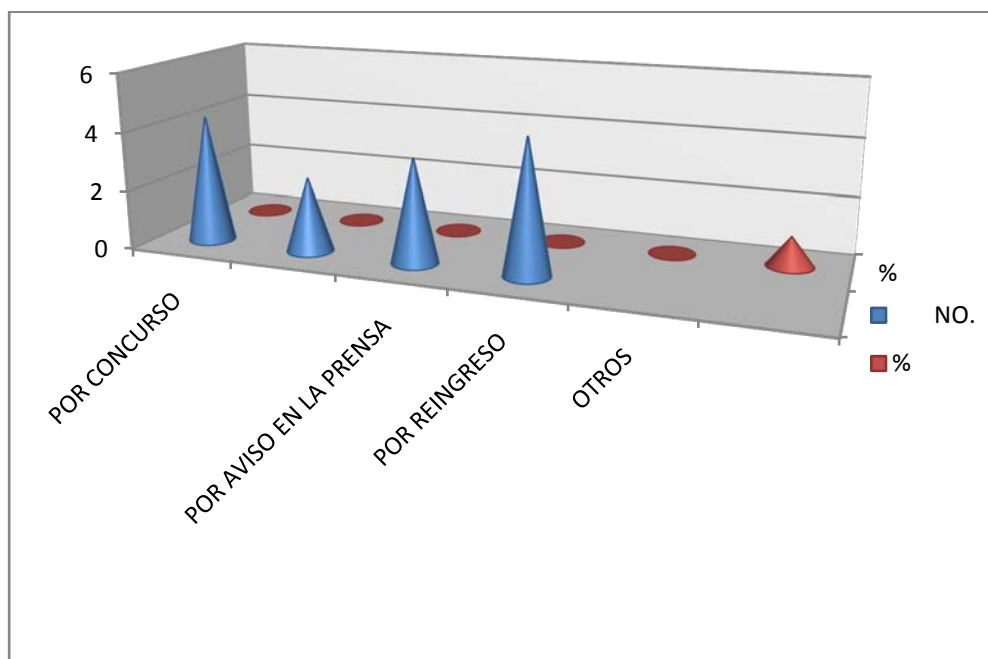
DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA MANERA DE INGRESO

Forma de ingreso al Centro	N°	%
POR CONCURSO	1	5,26
POR RECOMENDACIÓN PERSONAL	11	57,89
POR AVISO EN LA PRENSA	0	0,00
POR REINGRESO	0	0,00
OTROS	7	36,84
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO NO. 10

DISTRIBUCIÓN SEGÚN LA MANERA DE INGRESO



Lo recopilado indica que el 57,89% de los empleados fueron incorporados a laborar por medio de contrato de personal, un 36,84% ingresaron por fuentes distintas y un 5,26% ingresó por concurso.

Cabe destacar que un buen porcentaje de empleados tuvieron otras fuentes de empleo para ingresar a laborar en el Centro, ya sean como empleados de confianza, periodo de prueba o por otros medios. Esto demuestra que muchos de los empleados ingresaron a través de solicitud de personal, realizada por el Depto.de Recursos Humanos que en un momento determinado requirieron por trabajadores nuevos, motivado por la vacante existente en distintos cargos.

A pesar de la naturaleza del Centro, por ser público, sólo un pequeño porcentaje entró a laborar utilizando el mecanismo de concursar como empleado de carrera con otros aspirantes para optar a un puesto de trabajo.

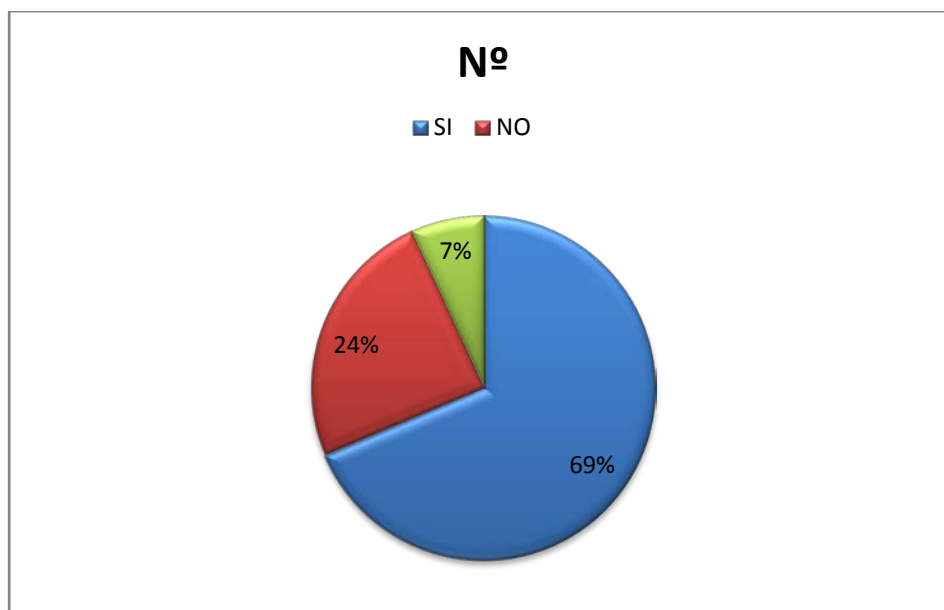
-La quinta interrogante realizada a los empleados se refirió al concepto de inducción el cual mide el conocimiento del mismo.

TABLA N° 5
CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE INDUCCIÓN

Concepto de inducción	N°	%
SI	14	73,68
NO	5	26,32
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO NO. 11
CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE INDUCCIÓN



Los obtenidos demuestran que el 73,68% de los entrevistados dieron a conocer que si conocen lo que es inducción, mientras que un 26,32% respondieron que no conocen el respectivo termino.

El análisis correspondiente establece que un número moderado de empleados no conoce el mencionado concepto, ya que el mismo no ha sido manejado o aplicado en éstos trabajadores en los últimos tiempos por el personal de rango inmediato, situación que amerita la influencia, aplicación y ampliación sobre este tema por parte del personal que maneja esa área, la cual le permitirá tener una mayor información en lo que respecta a la inducción desde lo general hacia lo específico con la finalidad de propagar la información necesaria.

De igual forma existe una gran cantidad de empleados que si saben o manejan el tema de inducción refiriéndose a que es el proceso mediante el cual se le aplica una orientación al trabajador cuando ingresa a laborar en una empresa para que pueda tener una visión general de la misma y de las funciones a desempeñar para desarrollar su trabajo.

-La sexta pregunta hace referencia sobre si el empleado recibió al momento de ingresar al centro la inducción.

TABLA N° 6

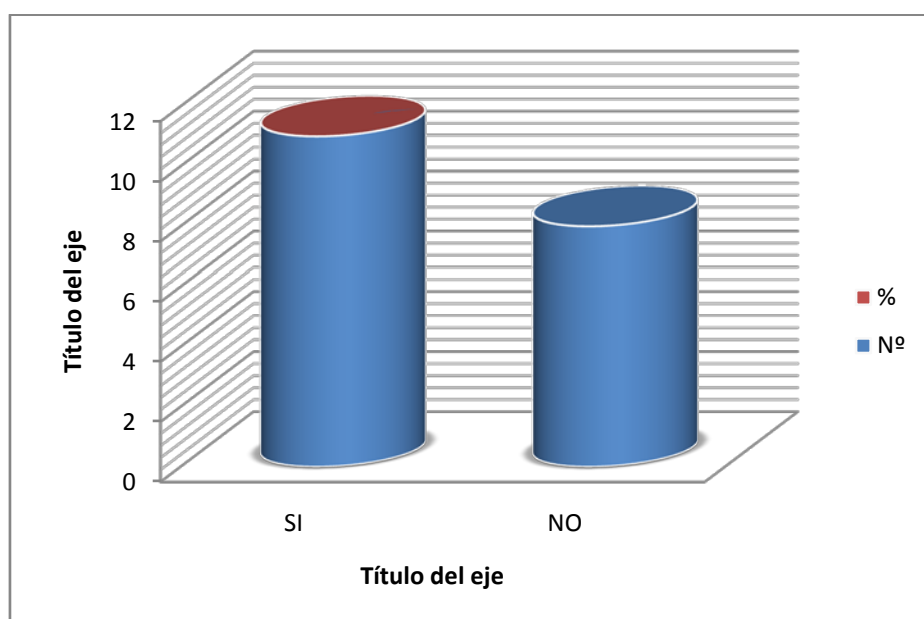
SEGÚN RECIBIMIENTO DE LA INDUCCIÓN

Recibir inducción al ingresar a la empresa	Nº	%
SI	11	57,89
NO	8	42,11
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO NO.12

SEGÚN RECIBIMIENTO DE LA INDUCCIÓN



Los datos arrojados reflejan que el 57,89% de los entrevistados si recibió inducción y un 42,11% contestó que no habían recibido la respectiva inducción.

Esto indica que los empleados de la primera opción dicen haber recibido el proceso de inducción, pero de manera incompleta, debido a la poca información suministrada por parte de los superiores y demás empleados activos.

Esta situación los conllevó a conocer las demás informaciones por iniciativa propia o sencillamente por el pasar de los días, en donde se percataban de las características tanto del Centro como del Depto. donde laboran, ya que solamente fueron presentados ante todo el personal de la oficina y donde se les indicó cuáles eran sus funciones a desempeñar.

Asimismo existe un número considerable de empleados que al ingresar no recibieron la inducción correspondiente, porque en ese entonces los niveles superiores motivados por retiro o rotación de personal, ameritaban que los puestos vacantes en la estructura organizativa fuesen ocupados de forma inmediata, lo que trajo como consecuencia que los nuevos empleados no recibieran las informaciones necesarias que los integrará y adaptará eficientemente al esquema y a la cultura organizacional del Centro.

En por tanto muy delicado en cualquier institución tanto pública como privada, porque cuando se busca un determinado personal hay que proporcionarle el proceso de inducción con todas las informaciones necesarias para acoplarlo a la estructura organizativa, independientemente del momento de ingreso, ya que a través de este proceso se busca que los objetivos individuales y organizacionales sean alcanzados con éxito.

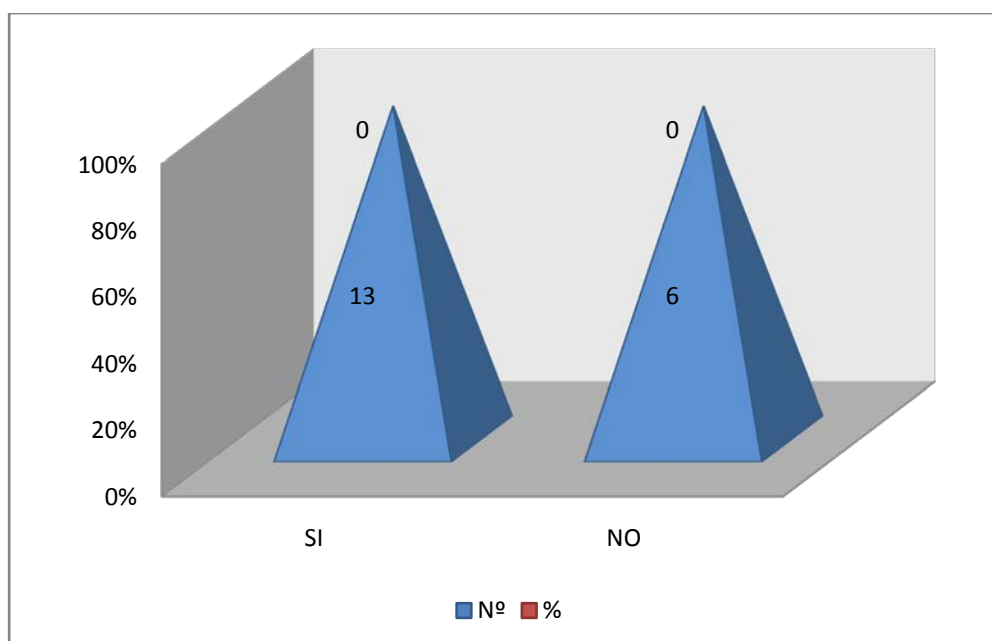
-La séptima pregunta hace referencia al nivel de conocimiento del empleado sobre la reseña historia del Centro.

TABLA N° 7
CONOCIMIENTO DE LA RESEÑA HISTORICA DEL CENTRO

Reseña histórica del Centro	N°	%
SI	13	68,42
NO	6	31,58
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada en el Centro.

GRAFICO NO. 13
CONOCIMIENTO DE LA RESEÑA HISTORICA DE LA EMPRESA



Un 68,42% de los entrevistados dicen si tener conocimiento de la reseña histórica del centro, mientras que un 31,58% dicen no tener conocimiento de la misma.

Además que la mayoría de los empleados tienen alguna información de cómo ha sido creada y desarrollado el Centro desde sus inicios.

Otros empleados argumentan que no conocen información alguna sobre los inicios del centro, porque al momento de ingresar a laborar no se les indicó referencias del mismo, situación que no es recomendable porque los empleados o colaboradores deben conocer la cultura y el ambiente externo al puesto de trabajo y así poder familiarizarse e identificarse con la misma.

-La octava interrogante hace referencia al nivel de conocimiento del empleado sobre la Misión y Visión del Centro.

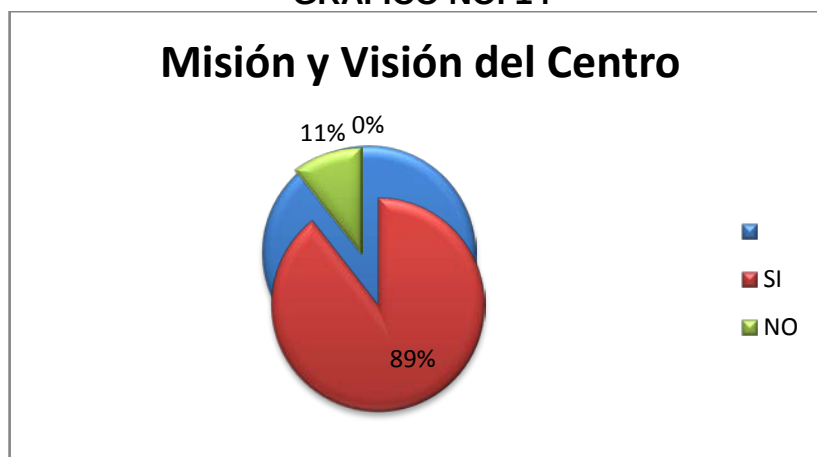
TABLA N° 8

CONOCIMIENTO DE LA MISIÓN Y VISIÓN DEL CENTRO

Misión y Visión del Centro	N°	%
SI	17	89,47
NO	2	10,53
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro

GRAFICO NO. 14



Los datos obtenidos muestran que un 89,47% de los empleados si conocen la misión y visión del Centro, mientras que un 10,53% no la conocen.

Esto demuestra que la mayoría de los empleados tienen claro la filosofía del Centro, es decir, el propósito de su actividad social, la cual es la base para el desarrollo de las actividades del día a día para responder las necesidades de su cliente externo y a su vez alcanzar sus objetivos trazados.

Una minoría de trabajadores no tiene claro o no conocen con exactitud este tema, encontrándose en una situación no favorable, ya que para ejecutar las funciones eficientemente, siempre se debe tener en cuenta qué es lo que hacen, para qué lo hacen y hacia donde se dirigen en un futuro, es decir, la visión que persiguen.

-La novena indaga sobre si el empleado realizo el recorrido por las instalaciones del centro al momento de ingresar en la misma.

TABLA N° 9

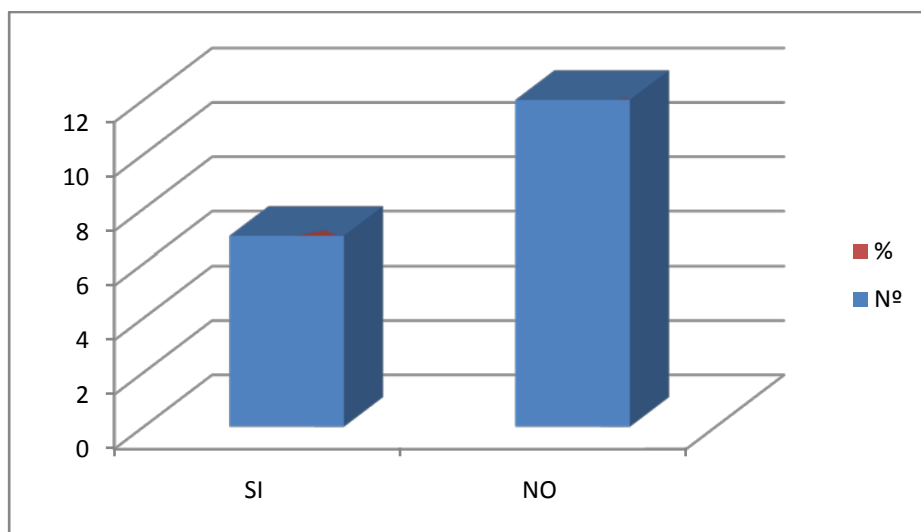
RECORRIDO POR LAS INSTALACIONES DEL CENTRO

Recorrido por las instalaciones	N°	%
SI	7	36,84
NO	12	63,16
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal.

GRAFICO N° 15

DEL RECORRIDO POR LAS INSTALACIONES DEL CENTRO



Los resultados obtenidos muestran que un 63,16% de los empleados no recibieron el respectivo recorrido por las instalaciones del Centro, mientras que solamente un 36,84% si recibieron el recorrido.

De igual manera refleja que sólo una pequeña parte de los empleados recibió el recorrido por las instalaciones, especificando que al menos le señalaron los demás departamentos y direcciones que conforman el Centro, otros por su parte no recibieron el recorrido pertinente.

-La décima interrogante se refirió al tiempo de duración que considera el empleado del proceso de inducción.

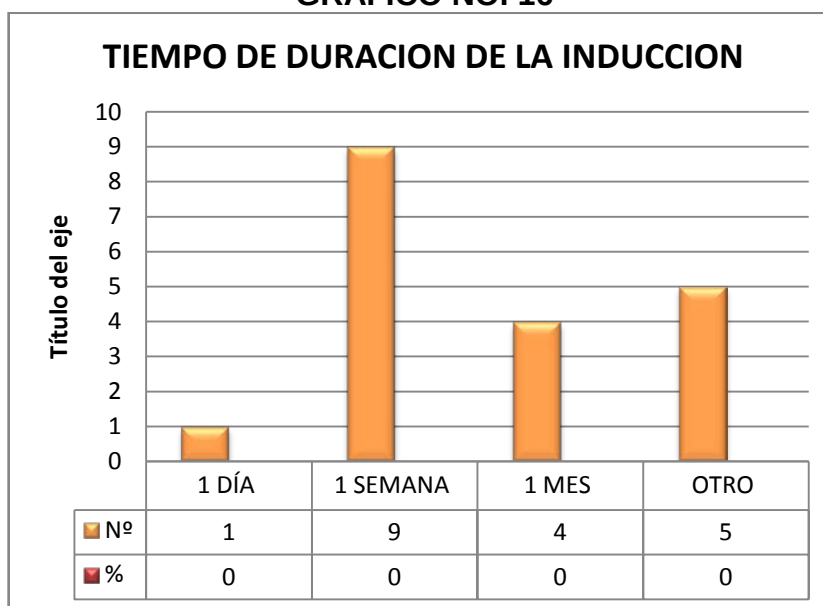
TABLA N° 10

SEGÚN EL TIEMPO DE DURACIÓN DE LA INDUCCIÓN

Tiempo de duración de la inducción	Nº	%
1 DÍA	1	5,26
1 SEMANA	9	47,37
1 MES	4	21,05
OTRO	5	26,32
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO NO. 16



Un gran número de empleados dicen que una semana es el tiempo indicado, ya que es recomendable para conocer la estructura del Centro, debido un poco compleja. Un 47,37% indican que una semana es el tiempo indicado para aplicar el proceso de inducción, un 26,32% indican que otro tiempo es más apropiado, un 21,05% señalan que un mes es el más recomendado y sólo un 5,26% dijo que un día es favorable.

Otro grupo señala que el tiempo aceptable son quince días, ya que este le permitirá recopilar las informaciones pertinentes y necesarias para demostrar un buen desempeño a nivel individual y así contribuir con el desarrollo de los objetivos organizacionales.

Por su parte varias personas afirman que un mes es un buen tiempo, debido a que las labores a desempeñar y las características inherentes a ella son complejas. Solo una pequeña parte, que no concuerda con ninguno de los anteriores, piensa y dice que un día es suficiente, porque con aplicar mecanismos como talleres, entrevistas u otros; la inducción puede desarrollarse efectivamente.

Esto demuestra que hay varios grupos de trabajadores con gran discrepancia sobre algo tan delicado como el tiempo de duración del proceso de inducción, el cual se aplica cuando ingresa un nuevo empleado a laborar en el Centro. Otros expresan que se puede acotar que dos días son suficientes, tiempo que a través de la implementación y utilización de mecanismos, técnicas y equipos adecuados se pueda proporcionar una completa inducción que le permita al nuevo trabajador recibir todas las informaciones necesarias, con la finalidad de obtener una pronta adaptación y familiarización con el departamento y estructura del Centro.

-La onceava pregunta se refirió al conocimiento que posee el empleado sobre la estructura del Centro.

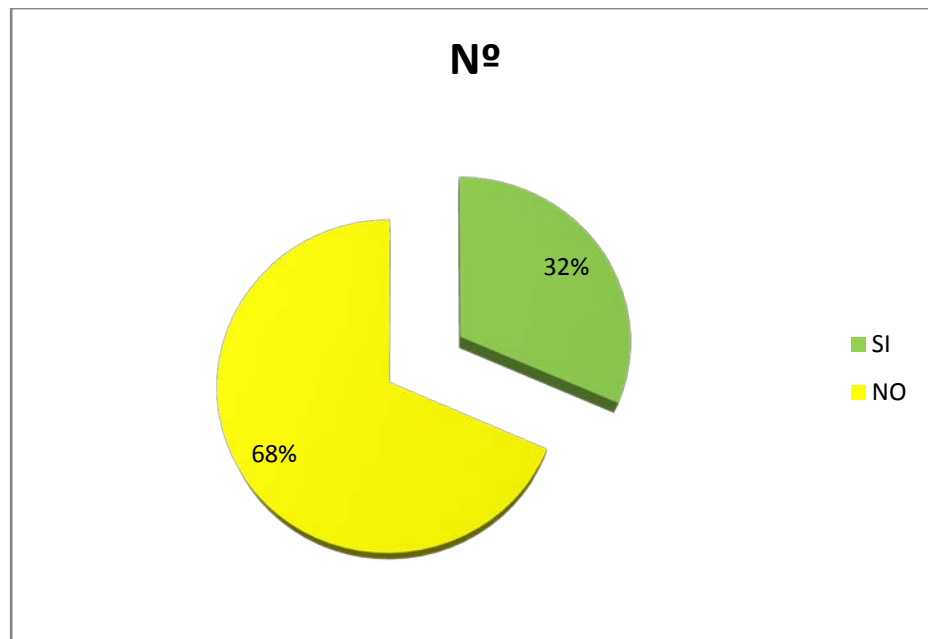
**TABLA N° 11
CONOCIMIENTO DE LA ESTRUCTURA DEL CENTRO**

Estructura organizativa y departamental	N°	%
SI	6	31,58
NO	13	68,42
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro

GRAFICON° 17

CONOCIMIENTO DE LA ESTRUCTURA DEL CENTRO



Los entrevistados reflejan que a un 68,42% expresaron que no se les explicó la estructura del Centro ni del Depto. de Recursos Humanos, mientras que a un 31,58% si se les explicó la estructura organizativa y departamental.

Los resultados muestran que casi el 70% de los empleados al ingresar a laborar no tuvieron información alguna sobre las líneas jerárquicas y de mando tanto empresarial como departamental, situación que pudo ser problemática a la hora de dar o emitir funciones porque no sabían con exactitud el rango o nivel de los demás. Cosa que no sucedió con otros empleados que al ingresar si tuvieron alguna información, sabiendo de antemano la posición en la que estaban y en el nivel jerárquico al que pertenecían; además de los límites departamentales en que se encontraban.

-La doceava pregunta se refirió a si el empleado considera importante conocer las políticas y normas que rige el Centro.

TABLA N° 12

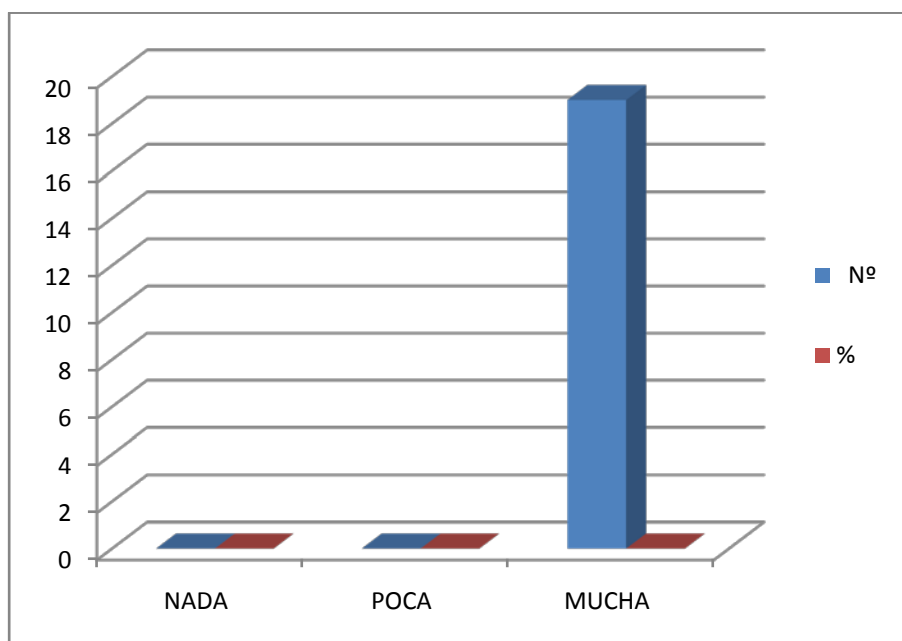
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL PERSONAL DEL CENTRO, SEGÚN LA IMPORTANCIA DE CONOCER LAS POLÍTICAS Y NORMAS

Importancia de las políticas y normas	Nº	%
NADA	0	0,00
POCA	0	0,00
MUCHA	19	100,00
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO N° 18

DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL PERSONAL DEL CENTRO, SEGÚN LA IMPORTANCIA DE CONOCER LAS POLÍTICAS Y NORMAS



El resultado obtenido fue que el 100% de los entrevistados dijeron que consideran importante conocer las políticas y normas que deben regirse, de manera que pueda optimizar las funciones tanto individuales como colectivas, ya que los parámetros forman parte de la esencia de la dirección.

Es importante destacar que los empleados tengan esa actitud, porque a través de las políticas y normas, las actividades organizacionales se canalizan por el camino correcto, debido a que deben seguirlas a cabalidad para lograr con eficiencia las funciones que han de realizar diariamente, aunado a un comportamiento moderado que contribuya con el logro de los objetivos establecidos y por ende, brindar un mejor servicio a la sociedad.

-La treceava hace referencia a la consideración del empleado sobre la importancia de recibir o no la inducción.

TABLA N° 13

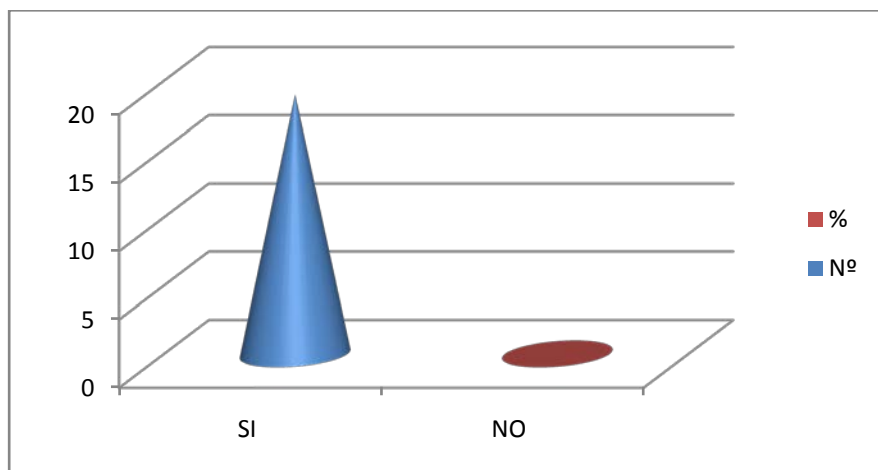
**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL PERSONAL
SEGÚN SI ES O NO IMPORTANTE RECIBIR LA INDUCCIÓN**

Importancia de recibir la inducción	N°	%
SI	19	100,00
NO	0	0,00
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO N° 19

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL PERSONAL
SEGÚN SI ES O NO IMPORTANTE RECIBIR LA INDUCCIÓN**



Los datos obtenidos arrojaron que el 100% de los empleados que laboran en el Centro consideran importante que el nuevo empleado reciba la respectiva y completa inducción, ya que a través de este proceso los individuos serán informados de una manera amplia desde lo general hasta lo específico, para que ingresen motivados y con informaciones vitales que contribuya con el desempeño óptimo de sus funciones.

Las afirmaciones muestran la certeza que los empleados tienen hacia ese proceso, ya que lo consideran como una etapa que le permite al trabajador conocer su ambiente de trabajo y sus funciones a realizar, adquiriendo información que les servirán para un mejor desempeño, conllevándolo a sentirse más seguro, adaptado e integrado en la ejecución de sus actividades.

- La catorceava interrogante realizada a los empleados se refirió a los beneficios de la inducción.

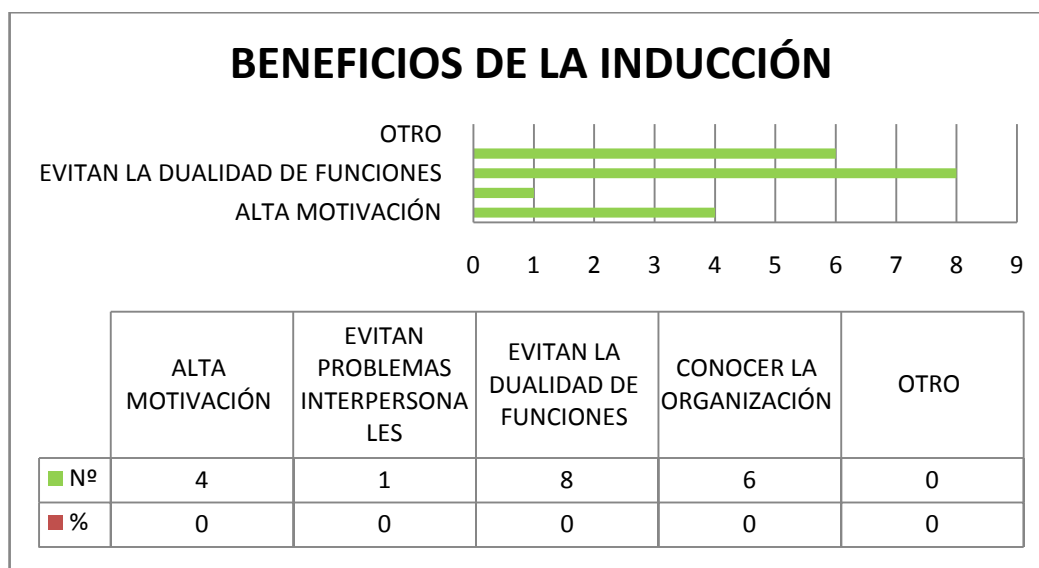
TABLA N° 14

SEGÚN LOS BENEFICIOS DE LA INDUCCIÓN

Beneficios de la inducción	Nº	%
ALTA MOTIVACIÓN	4	21,05
EVITAN PROBLEMAS INTERPERSONALES	1	5,26
EVITAN LA DUALIDAD DE FUNCIONES	8	42,11
CONOCER LA ORGANIZACIÓN	6	31,58
OTRO	0	0,00
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO N° 20



Los resultados obtenidos reflejan que un 42,11% de los entrevistados dicen que el proceso de inducción trae como beneficio evitar la dualidad de funciones, un 31,58% dicen que le permite conocer el Centro, un 21,05% dicen que trae alta motivación y tan solo un 5,26% dicen que evitan problemas interpersonales.

De lo obtenido se puede decir que la mayoría de los empleados expresan que la aplicación de un manual de inducción evita la dualidad de funciones, debido a que dicho proceso es un mecanismo de integración donde se promueve la unidad de los trabajadores para contribuir con el éxito organizacional. Un buen número de empleados señalan que la aplicación de un proceso de inducción proporciona que los nuevos trabajadores conozcan la organización tanto general como específica, ya que son mecanismos que contemplan informaciones relevantes como la estructura, historia, misión, visión, entre otras, las cuales identifican al trabajador con su entorno.

Por otra parte otro grupo de trabajadores indican que el proceso de inducción fomenta alta motivación, variable que es importante para que el empleado se mantenga ameno y pueda desempeñar mejor sus funciones en procura de obtener un mejor rendimiento laboral, tanto para él como para la propia organización. Solo un trabajador hace hincapié en que la inducción evita tener problemas interpersonales, debido a que en dicho proceso se presenta tanto la estructura como supervisor, jefe y compañeros de trabajo; actos que son beneficiosos en cualquier empresa porque los nuevos trabajadores se van adaptando a un grupo nuevo y desconocido, agregando que en las diferentes presentaciones se les informa sobre los nombres, cargo y papel que cumple cada cual dentro de la organización; así como también los límites y barreras que existen entre ellos.

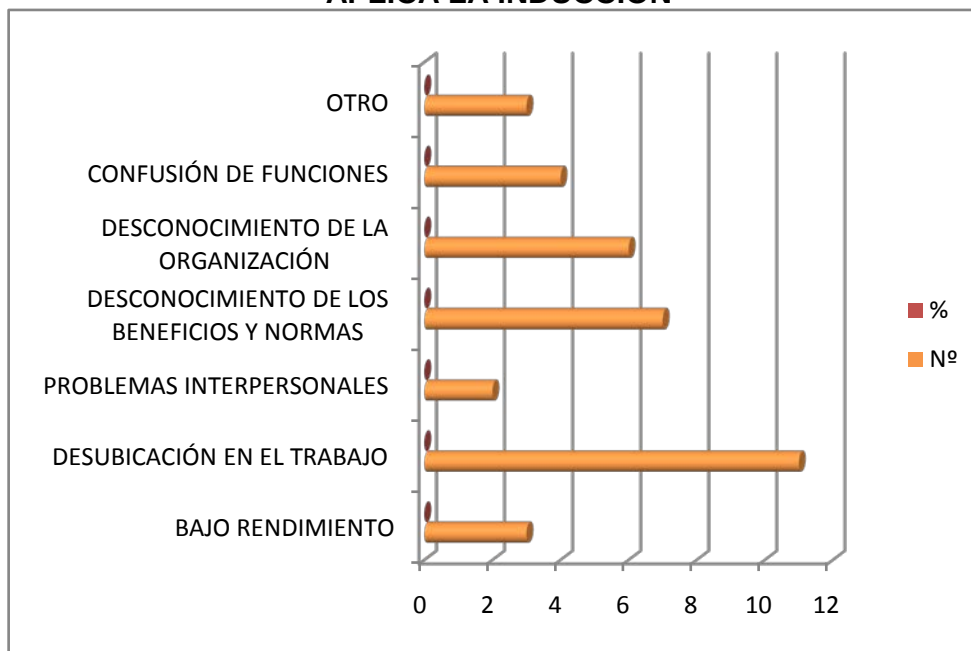
-La quinceava pregunta se refirió a cuales de las opciones entiende el empleado que puede ocurrir si no se aplica la inducción en el Centro.

TABLA N° 15
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL PERSONAL
CENTRO, SEGÚN SITUACIONES QUE PUEDEN OCURRIR SI NO SE
APLICA LA INDUCCIÓN

Situaciones por carecer de inducción	N°	%
BAJO RENDIMIENTO	3	15,79
DESUBICACIÓN EN EL TRABAJO	11	57,89
PROBLEMAS INTERPERSONALES	2	10,53
DESCONOCIMIENTO DE LOS BENEFICIOS Y NORMAS	7	36,84
DESCONOCIMIENTO DE LA ORGANIZACIÓN	6	31,58
CONFUSIÓN DE FUNCIONES	4	21,05
OTRO	3	15,79
TOTAL	36	189,47

Nota: El porcentaje excede al 100% debido a que el Ítem permitió obtener más de una respuesta.

GRAFICO N° 21
DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL PERSONAL
CENTRO, SEGÚN SITUACIONES QUE PUEDEN OCURRIR SI NO SE
APLICA LA INDUCCIÓN



Un 57,89% de los empleados entrevistados dijeron que cuando no se aplica el proceso de inducción acarrea desubicación en el trabajo, un 36,84% dice que proporciona desconocimiento de los beneficios y normas, un 31,58% dice que genera desconocimiento del Centro, un 21,05% dice que acarrea confusión de funciones, un 15,79% dice que genera bajo rendimiento, otro 15,79% señala que produce otra consecuencia y un 10,53% indica que acarrea problemas interpersonales.

Con estos resultados se puede señalar que los empleados saben que cuando no se aplica un proceso de inducción a un nuevo trabajador trae varias consecuencias negativas al mismo tiempo, las cuales no son favorables ni para él ni para el Depto. de Recursos Humanos, mucho menos para él Centro, debido a que es en ese proceso donde se le da la orientación respectiva sobre muchas informaciones tanto a nivel general como específica que le son de vital importancia para el desarrollo de sus actividades y funciones.

Un manual de inducción debe ser aplicado al momento de que nuevos trabajadores entren a laborar y es responsabilidad del Departamento o Gerencia de Recursos o Talento Humanos facilitar su integración y la ejecución optima de sus funciones.

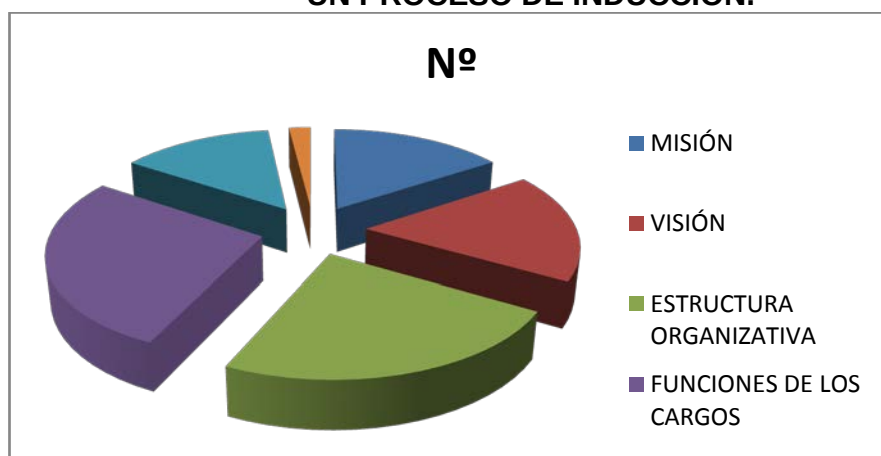
-La dieciseisava pregunta cuestiona a los empleados sobre cuáles de las opciones expuesta sobre la información que debe contener un proceso de inducción.

TABLA N° 16
SEGÚN LA INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER
UN PROCESO DE INDUCCIÓN

Información en el proceso de inducción	Nº	%
MISIÓN	8	42,11
VISIÓN	9	47,37
ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	12	63,16
FUNCIONES DE LOS CARGOS	14	73,68
BENEFICIOS	7	36,84
OTRA	1	5,26
TOTAL	51	268,42

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO N° 22
SEGÚN LA INFORMACIÓN QUE DEBE CONTENER
UN PROCESO DE INDUCCIÓN.



Nota: Los resultados exceden al 100% debido a que el ítem permitió obtener más de una respuesta.

Los resultados muestran que un 73,68% de los empleados entrevistados señalan que el proceso de inducción debe contener como información primordial las funciones de los cargos, un 63,16% dice que debería tener la estructura organizativa, otro 47,37% menciona que debe contener la visión, un 42,11% dice que debe contener la misión, un 36,84% señala que debe poseer los beneficios y un 5,26% dice que debe señalar otras informaciones.

De igual forma los resultados indican que todas las informaciones son necesarias en la aplicación del proceso de inducción, ya que es importante que los nuevos trabajadores las conozcan y para que les permita tener una mayor información sobre la estructura y funciones a realizar sus tareas, igualmente garantizándole una confianza e identificación con interés profesional consiguiendo de esta manera desarrollar un mayor rendimiento en sus labores.

Con los resultados se puede decir que todas las informaciones señaladas son importantes llevarlas a cabo en un proceso de inducción para que las actividades del nuevo empleado se ejecuten eficientemente y así conseguir que adquiera todos los conocimientos necesarios que los proyecte hacia la obtención de los objetivos particulares, departamentales y organizacionales. Lo planteado son referencias vitales en una organización, institución o Centro tanto a nivel público como privado, porque a la hora de iniciar labores en ella hay que saber y comprender lo relacionado a la estructura organizativa con sus distintas características que la conforman.

-La última pregunta expuesta en el cuestionario hace referencia a la importación de conocer los reglamentos, deberes, derechos y responsabilidades de los empleados del Centro.

TABLA N° 17

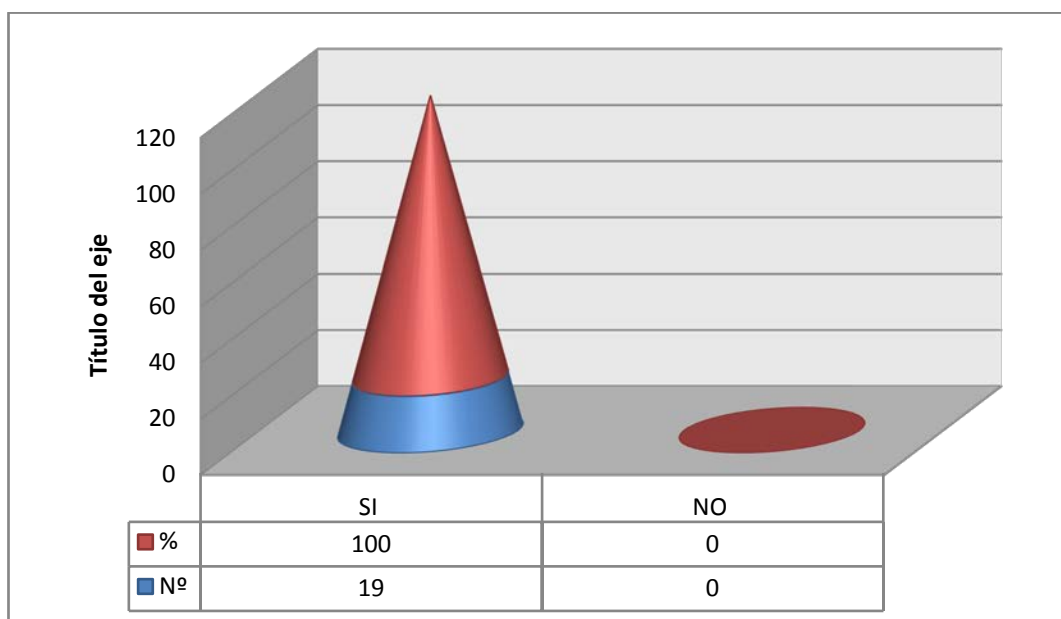
**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL PERSONAL
SEGÚN IMPORTANCIA DE CONOCER LOS REGLAMENTOS,
DEBERES, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**

Conocer reglamentos, deberes, derechos y responsabilidades	Nº	%
SI	19	100
NO	0	0
TOTAL	19	100%

Fuente: Entrevista aplicada al personal del Centro.

GRAFICO N° 23

**DISTRIBUCIÓN ABSOLUTA Y PORCENTUAL DEL PERSONAL
SEGÚN IMPORTANCIA DE CONOCER REGLAMENTOS, DEBERES,
DERECHOS Y RESPONSABILIDADES**



Los resultados muestran que el 100% de los empleados consideran importante conocer los reglamentos, deberes, derechos y responsabilidades que abarcan la Dirección de Recursos Humanos.

Estos resultados muestran lo importante que es conocer los derechos, reglamentos, deberes y responsabilidades, ya que a través de éstos se contribuye con la eficiencia y cumplimiento de las actividades, de donde se adquieren los conocimientos la forma de comportamiento para mantener un excelente ambiente de trabajo acorde con lo requerido por el departamento donde prestan los servicios, de las labores a realizar y hacer supervisar para mantener el estricto orden y eficiencia de las tareas asignadas; y de saber, hacer y exigir todo aquello que la ley le permite con la finalidad de cumplir con los objetivos establecidos.

CAPITULO III: “PROPUESTA DE UN MODELO DE INDUCCIÓN PARA EL PERSONAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE AMISTAD DOMINICO-JAPONESA (CEMADOJA), EN LA CIUDAD DE SANTO DOMINGO, PERIODO 2015-2016”.

3.1 CONCEPTOS DE INDUCCIÓN.

Para conseguir que los nuevos empleados tengan un buen comienzo, las organizaciones suelen ofrecer una programa de inducción formal, este proceso se define como **inducción**, el familiariza a los nuevos empleados con la organización, sus puestos y sus unidades de trabajo²⁰.

Southwest Airlines está convencida de que la orientación del empleado es importante. La empresa enfoca el programa de Inducción de los recién contratados como una fiesta de bienvenida. Además están convencidos de que cuanto más tiempo y esfuerzo se dedique a lograr que los nuevos empleados se sientan bienvenidos, más probable es que se identifiquen con la organización y se conviertan en miembros valiosos.

Consultando otradefinición de Inducción podemos hacer referencia a la que plantea (Dessler, 1997) la cual define Inducción como: proceso sistemático y planificado, a través del cual se influye en los conocimientos y aptitudes del personal que ingresa a una organización o nueva posición, para producir la rápida adaptación e integración a la organización y a su puesto de trabajo.

La inducción, denominada también acogida, Incorporación o acomodamiento, tiene como finalidad que el trabajador o empleado conozca más en detalle la empresa y sus funciones, se integre a su puesto de trabajo y al entorno humano en que transcurrirá su vida laboral.

²⁰ Bolander (2008, pag. 329)

3.1.2 TIPOS DE INDUCCION

Una inducción bien ejecutada constituye la base de todas las expectativas y compromisos implícitos del empleado o personal.

Existen diferentes formas de implementar determinados procesos, los cuales se ajustaran al contexto o naturaleza de la institución o centro de Salud, actualmente se ejecutan diversos tipos de inducción al personal de nuevo ingreso, de las cuales podemos destacar:

- Inducción General.
- Inducción Específica.

3.1.3 Responsables de la Inducción.

Por lo general, el departamento de Recursos Humanos es el responsable de coordinar las actividades de inducción y de proporcionar a los nuevos empleados la información sobre las condiciones de empleo, pagos, prestaciones y otras áreas que no están bajo la administración directa del supervisor.

Dado el efecto inmediato y duradero de los programas de inducción, es esencial planearlos con detenimiento, haciendo énfasis en las metas del programa, en los temas que se cubrirán y en los métodos para organizarlos y presentarlos.

Es importante destacar el papel que juegan los supervisores inmediatos del personal contrato ya que se convierte en una fuente importante de información sobre las normas y sutilezas del grupo de trabajo, la cultura de la organización y lo que esta espera de sus empleados. Estas relaciones son vitales para la socialización de los nuevos empleados y contribuyen de manera al éxito de la organización o empresa en este caso del Centro el cual ha sido contratado.

3.2 Conceptos de Manual de Inducción.

El Manual de Inducción tiene como finalidad que cada nuevo integrante de una empresa, conozca aspectos importantes de la misma tales como su misión, su visión, sus funciones, los servicios que se ofrecen y las políticas de personal que le afectarán etc., información que le servirá como base fundamental para que de esa forma, se integre rápida y adecuadamente en la organización y con el personal que la conforma, y así de inicio al desarrollo de sus actividades.

Permite a la empresa obtener mejores resultados en el aprovechamiento de tiempo y recurso humano; permitirá desarrollar la estructura organizativa con el fin de dar autoridad y responsabilidad a miembros del equipo de trabajo.

3.3 Ventajas de utilizar el proceso de inducción.

El proceso de inducción es un proceso gradual que puede ocupar semanas o meses de modo que el nuevo agente tenga tiempo suficiente para asimilar toda nueva información.

Este proceso se orienta a:

- Brindar una abierta bienvenida.
- Causar una imagen positiva de la Institución.
- Enseñar elementos fundamentales que todo agente debe conocer.
- Acompañar a los nuevos agentes y asistirlos en su inserción.
- Lograr actitudes favorables de los nuevos agentes hacia la institución.
- Disminuir posibles disonancias en el ajuste entre el/los nuevos agentes y la institución.

Existe abundante bibliografía respecto a los aspectos positivos que resultan de un buen proceso de inducción. Sin embargo es conveniente destacar que requiere de la convicción e implicancia de todas las líneas jerárquicas para que este proceso se complete satisfactoriamente.

Entre estos aspectos positivos del proceso de inducción podemos destacar:

- El conocimiento de la historia, función y objetivos institucionales favorecen el sentido de pertenencia.
- La mayor disponibilidad de un repertorio de respuestas frente a las actividades diarias favorece las relaciones interpersonales e interdepartamentales y consecuentemente el clima de trabajo dentro de la organización.
- El conocimiento físico e infraestructura de servicios de la institución evita las pérdidas de tiempo y genera bienestar en las personas (que muchas veces no pregunta por no molestar).
- Disminuye las pérdidas de tiempo en toda la cadena del proceso de atención de usuarios internos y externos adelantando la respuesta o prestación pertinente.
- Mejora las contribuciones de las personas a la organización ya que el nuevo integrante se encontrará preparado en menor tiempo para el desempeño de sus funciones con un sistema organizado que en una organización sin programa de inducción. Se estima que un empleado puede comenzar a desarrollar satisfactoriamente sus tareas en treinta días bajo programa contra cuarenta y cinco días sin programa de entrenamiento.
- El conocimiento de las normas de seguridad en general y de bioseguridad disminuye costos personales y organizacionales por accidentes.
- Evita un nuevo proceso de adquisición de información sobre el marco general de la organización cuando se producen traslados, pases internos o reubicaciones.

3.3.1 Desventajas de utilizar el proceso de inducción

Entre los aspectos más débiles que observamos de utilizar el proceso de inducción esta:

- ❖ Habitualmente, los supervisores están más ocupados en los problemas inmediatos de la labor y tienden a considerar que los problemas de orientación de su nuevo colaborador son mucho menos importantes que los demás, razón por la cual es recomendable asignar tiempo y espacio para esta actividad.
- ❖ Aplicar el proceso de manera inadecuada puede ser costosa para la institución o centro al resultar en la retención de los empleados pobres. Por ejemplo, si un empleado se siente confundido o perdido después de su proceso de inducción, podría o no pedir ayuda dependiendo de su personalidad. En esta situación, podría cometer errores hasta que obtenga el protocolo adecuado, o podría llevarse a compañeros de trabajo para que la entrenen con cada problema en contra de ser formada antes de comenzar a trabajar. Esto crea una situación de desventaja en términos de eficiencia del empleado, que puede traducirse en la productividad pobre de la empresa.

Otras posibles dificultades a considerar son:

- o El ingresante no debe ser abrumado con información.
- o Debe evitarse que se vea sobrecargado de cuestionarios

3.4 DESCRIPCIÓN “PROPUESTA DEL MODELO DE UN MANUAL DE INDUCCIÓN PARA EL PERSONAL DEL CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA DE AMISTAD DOMINICO-JAPONESA (CEMADOJA), EN LA CIUDAD DE SANTO DOMINGO, PERIODO 2015-2016”.

Basándonos en los resultados de la investigación y en base a la necesidad e importancia de Diseñar un modelo de manual de Inducción para el personal del Centro antes mencionado nos disponemos a presentar el contenido de la propuesta.

La cual tiene por finalidad prestar colaboración y acompañamiento a los responsables de la gestión institucional del Centro en sus distintos niveles de responsabilidad (Directores, Jefes, Coordinadores, etc.) que tienen a su cargo establecimientos y Recursos Humanos bajo su dependencia.

La carencia de esta modalidad sistemática de recepción e incorporación del nuevo personal es lo que nos conlleva hacer la propuesta, al mismo tiempo intentamos subsanar los déficits referidos a dicho proceso. De este modo, el producto final que debiera recibir el personal de nuevo ingreso le facilitará la iniciación desde una perspectiva general del sistema de salud, hacia una perspectiva específica o local.

De igual forma se justifica su existencia mediante líneas generales para la elaboración del diseño, implementación y cumplimiento de políticas de Estado. En tal sentido presenta una estructura orgánica y funcional del Centro.

El presente Manual, constituye un instrumento primordial que permitirá a través del contenido la identificación con la Misión, Visión y Valores del Centro. Cada trabajador/a del Estado presta su fuerza laboral en una unidad o Depto. Comprenderá mejor su rol y el aporte de su tarea lo que nos conducirá a tener una tasa de retención más alta.

3.4.1 OBJETIVOS DE LA PROPUESTA:

GENERAL:

- Proporcionar al Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA), un instrumento que optimice la comunicación, la coordinación y el logro de los objetivos estratégicos.

ESPECIFICOS:

- Orientar al personal que presta sus servicios a la institución sobre las funciones que desempeñará, los fines de la organización, las políticas, deberes, derechos que le asiste y la estructura funcional de esta.
- Servir de apoyo a un mejor ejercicio de las funciones de la Dirección, Supervisión, Coordinación y Disciplina del personal del Centro.
- Simplificar, dinamizar y facilitar el conocimiento de las labores del personal, sus responsabilidades y demás características de los cargos que los ocupan.

3.5. Organización de la Propuesta.

La organización del programa de inducción estará a cargo del Depto. De Gestión del Talento Humano del Centro quien coordinará con las diferentes Encargados Departamentales a efecto de que, en el momento de que ingrese nuevo personal para ese departamento, sea cada encargado o supervisor quien designe un compañero guía, y junto con este, desarrolle la parte del programa que le corresponde, según la programación anterior.

3.5.1. Recursos humanos y materiales a utilizar en el programa

Para la ejecución o implementación de la propuesta se hace necesaria la utilización de una serie de recursos, tanto humanos materiales y financieros, lo cual es importante destacar que se debe contemplar en presupuesto del Centro y aprovechar los recursos ya existentes dentro del mismo para garantizar el éxito de los objetivos trazados.

3.5.2. Entrega del Manual de inducción

Posterior a la conferencia de bienvenida, se procederá a entregar a los nuevos miembros del Centro, el Manual de Inducción como un documento de apoyo para que puedan analizarlo detenidamente y facilitar su integración, asimismo puedan consultarlo mientras se desarrolla el contenido del programa.

TABLA NO. 18

Plan de Acción para la implementación Modelo de Inducción para el personal del Centro De Educación Médica De Amistad Dominico-Japonesa (CEMADOJA), en la ciudad de Santo Domingo, Periodo 2015-2016”.

DEPARTAMENTO DE GESTION DEL TALENTO HUMANO

Objetivo	Actividad	Responsable	Tiempo	Resultados
Preparar los elementos necesarios para brindar el programa de inducción	Introducción del programa de inducción al DGO	Coordinador del programa de inducción	2 días	* Autorización formal para su implementación *Establecimiento de objetivos y responsables
	Impresión de ejemplares de manuales de inducción	Coordinador del programa de inducción	7 días	Obtención de ejemplares impresos a tiempo
	Capacitación a instructores y compañeros guía	Coordinador del programa de inducción	6 horas	Obtener un equipo de inducción, debidamente preparado.
Brindar la bienvenida a nuevos empleados, que se someterán a programa de inducción	Conferencia de Bienvenida con coffee break	Coordinador del programa de inducción	2 horas	Disminuir ansiedad y confusión del nuevo empleado
	Entrega de manual de inducción, lectura general del mismo, dudas y preguntas	Coordinador del programa de inducción	2 horas	Crear las condiciones adecuadas para la integración del nuevo empleado
	Presentación con las autoridades del departamento de G.O.	Coordinador del programa de inducción	2 horas	Conocimiento mutuo de autoridades y nuevos empleados

TABLA NO. 19

DE CONTENIDO DEL MANUAL

0. Lista de Versiones.....	
INTRODUCCION.....	
CARTA DE BIENVENIDA.....	
1. ¿QUIÉNES SOMOS?.....	
Funciones.....	
Marco Legal.....	
Instalaciones.....	
2. ESTRUCTURA ORGANIZATIVA	
INTERNA.....	
Organigrama general.....	
3. LINEAS ESTRATEGICAS.....	
Misión.....	
Visión.....	
Valores.....	
Objetivos Estratégicos 2015-2020.....	
4. SISTEMA DE GESTION DE LA CALIDAD.....	
Políticas de Calidad.....	
5. RELACIONES LABORALES.....	
Horarios de	
Trabajo.....	
Carnet de Identificación.....	
Uso del	
Uniforme.....	

Periodo Probatorio.....	
Asistencia y Puntualidad.....	
Pago de Salario.....	
Derechos de los empleados.....	
Deberes de los empleados.....	
Régimen Ético y Disciplinario.....	
Vacaciones.....	
Licencias.....	
Licencia Ordinaria sin disfrute de sueldo...	
Licencia Ordinaria con disfrute de sueldo.....	
Permisos.....	
Stress	
laboral.....	
Sanciones.....	
Evaluación del Desempeño.....	
Oportunidad De Crecimiento.....	
Clima Laboral.....	
Protección De Los Bienes De La Institución.....	
 6. SERVICIOS Y BENEFICIOS AL PERSONAL.....	
 7. SEGURIDAD E HIGIENE OCUPACIONAL.....	
Seguridad en el Manejo de información.....	
 8. PLAN DE EMERGENCIA Y EVACUACIONES.....	
 Bibliografía.....	
Anexos.....	

3.7 PLAN DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA PROPUESTA.

La propuesta está planteada en tres fases:

-1era. FASE:ANALISIS Y ORGANIZACIÓN:Se analiza y se sondea la viabilidad de la propuesta en los últimos tres primeros meses del año. En los meses de Enero – Marzo se organiza la distribución de espacios, horas y grupos de socialización de la misma. Posteriormente se presenta a los distintos Directivos del Centro para su aprobación.

-2da. FASE –EXPERIMENTACION:Es una fase de adaptación tanto de las personas participantes en las propuestas como de los espacios objetos de estructuración. Además que el éxito de la propuesta dependerá en gran medida del interés y disposición de la Alta Gerencia del Centro y organismos competentes.

-3era. FASE- IMPLEMENTACION: Una vez aprobado se hace necesaria la funcionalidad de la propuesta con carácter definitivo.

-Proceso de seguimiento.

Para determinar la eficacia y validez de la propuesta se prevén diversas actuaciones en momentos diferentes a lo largo del año lectivo 2015-2016.

- Se hace un seguimiento diario por medio de la observación, en el que se va tomando nota de las incidencias que van surgiendo, y se toman las medidas correctivas para solventar los posibles desajustes. Estas medidas son adoptadas por el equipo del Depto. De Gestión del Talento y llevas al Comité Ejecutivo.
- Estas se analizan trimestralmente y se elabora un informe.

- El Comité Ejecutivo hace una evaluación general de todo el desarrollo de la propuesta.
- Tanto el Depto. De Gestión del Talento como el Comité Ejecutivo analizan el desarrollo de la propuesta basándose en los siguientes indicadores:
 - ✓ **Eficacia funcional.**
 - ✓ **Rentabilidad.**
 - ✓ **Satisfacción de los Usuarios.**

-Evaluación Final:

La viabilidad de la propuesta a sujeto a la colaboración diaria de cada uno de los responsables del proceso. Esta debe ser evaluada periódicamente por la Gerencia de Recursos Humanos, conjuntamente con el Supervisor Inmediato; con el fin de realizar los ajustes necesarios que aseguren la permanencia del programa.

Igual que el manual deberá estar sujeto a cualquier cambio que se produzca durante el proceso de implementación con el objeto de mantenerlo actualizado.

CONCLUSION

Esta propuesta tiene viabilidad organizativa y presenta un indudable interés en cada uno de los puntos planteados, además pretende que los servidores de nuevo ingreso, y el personal de la institución, cumplan con los requerimientos que dictados por la Ley 41-08 de Función Pública, y sus Reglamentos de Aplicación.

A través de las consultas de diferentes autores se visualizó la Salud como en una escala continua, es decir, la salud es dinámica y cambia según pasa el tiempo.

En esta investigación además se observó la carencia de la modalidad sistemática de recepción e incorporación del nuevo personal y es lo que nos llevó a hacer la propuesta, al mismo tiempo damos respuesta a los déficits referidos de dicho proceso. De este modo, el personal de nuevo ingreso se le facilitará la introducción en el sistema de salud.

Además a través de la implementación de esta propuesta se logran los objetivos trazados y se cumple su finalidad, que consiste en prestar colaboración y acompañamiento a los responsables de la gestión institucional del Centro en sus distintos niveles de responsabilidad (Directores, Jefes, Coordinadores, etc.) que tienen a su cargo establecimientos y Recursos Humanos bajo su dependencia.

Toda institución debe tener definidas las políticas y normas que deben ser cumplidas por todo el personal que labora en la institución, las cuales nos encaminan a realizar el trabajo con dedicación, eficiencia y eficacia acorde con los requerimientos que demanda la posición que nos corresponda desempeñar.

RECOMENDACIONES

Para reforzar, aún más la importancia de favorecer el desempeño integral del individuo en cualquier etapa de su vida laboral y en especial en un momento tan delicado como el periodo de prueba se citara al pensador chino Confucio que nos indica cómo puede mejorarse la eficiencia del aprendizaje de una persona.

“El individuo recuerda.....

El 10% de que ha leído....

El 20% de lo que escucha..

El 30% de lo que ve.....

El 50% de lo que ve y oye.....

El 70% de lo que aprende haciendo.....

El 90% de que se explica haciendo.....

Con este ejemplo, lo investigado y luego de llegar a conclusiones se realizan las siguientes recomendaciones:

A la Alta Gerencia del Centro:

- Procurar la aplicación de la propuesta planteada.
- Emitir los informes como están planteado.
- Supervisar que la planificación se implemente para lograr los objetivos trazados.
- Dotar al Depto. De Gestión de Talento Humano de los recursos necesarios para facilitar el éxito de la propuesta.

A los Encargados y Supervisores del Centro:

- Utilizar la planificación como una herramienta eficaz para desarrollar y poner en prácticas determinadas habilidades.
- Participar activamente en el proceso de inducción de los empleados de nuevo ingreso.
- Utilizar los recursos de modo que se pongan en práctica la propuesta planteada.
- Procurar que terminado el proceso de Inducción el participante llene las fichas proporcionadas.
- Actualizar en los periodos correspondientes los protocolos y requerimientos del proceso.

Al Depto. De Gestión del Talento Humano.

- Crear un ambiente propicio para la implementación de la propuesta.
- Fomentar el hábito de la implementación de la propuesta.
- Dar seguimiento y control de evaluación de los procesos.

BIBLIOGRAFÍA

(S.F.).

Bettel, L. R. (1990). *Curso Practico Del Superviso: Liderazgo Y Comunicacion*. Bogota, Colombia: Mcgraw-Hill.

Chiavenato, I. (1988). *Administracion De Recursos Humanos*. Mexico: Mcgraw-Hill.

Dessle, G. (1991). *Administracion De Personal*. Mexico: Prentice-Hall.

Keit, D. (1991). *El Comportamiento Humano En El Trabajo: Comportamiento Organizacional*. Mexico: Mcgraw-Hill.

OPS/OMS. La rectoría de los ministerios de salud en los procesos de reforma sectorial documento CD 40/13. XL Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, XLIX Reunión del Comité Regional de la Organización Mundial de la Salud, Sección del 23 de julio de 1997, Tema 5.2 del Programa Provisional, Washington, D.C., Septiembre de 1997.

Decreto No. 249-06, que aprueba el Reglamento del Sistema de Información General de Salud.

Decreto 732-04, que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud

Ley General de Salud 42-01.

Ley No. 41-08 de Función Pública y que crea la Secretaría de Estado de Administración.

A N E X O S

ANEXOS NO.1



VICERRECTORIA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INFORME FINAL PARA OPTAR POR EL TÍTULO DE MAESTRÍA EN GERENCIA DE RECURSOS HUMANOS

TITULO:

**PROPUESTA DE UN MODELO DE INDUCCIÓN PARA EL PERSONAL
DEL CENTRO DE IMAGENES CEMADOJA, DISTRITO NACIONAL
2015.**

Postulante:

Norma Q. Villanueva G. 2013-2688

Asesora:

Edda A. Freites, MBA

Distrito Nacional

2015.

Planteamiento del problema de investigación:

Las instituciones en la actualidad demandan de mucho conocimiento el cual implica la búsqueda de la eficiencia y el buen desempeño en el trabajo, a través de programas formales de entrenamiento para funciones específicas que el personal ha de ejecutar en el puesto de trabajo principalmente en un Centro de Salud.

En esfuerzo sostenido por procurar tener al personal idóneo, ha dedicado tiempo y esfuerzo en reclutar, seleccionar y contratar al mejor personal. Sin embargo, estas tres etapas son sólo el comienzo que permitirán a las organizaciones contar con nuevos talentos humanos para que cumpla de una manera eficiente y eficaz las funciones para la cual han sido designados.

No obstante, cabe destacar el papel y la importancia que tiene la Gerencia de Gestión del Talento Humano en darle el apoyo requerido al personal de nuevo ingreso con el fin de facilitarle la incorporación y adaptación, tanto en la organización como a su grupo de trabajo, logrando con esto una mayor motivación, satisfacción y productividad como fuerza laboral, efectiva y participativa de las actividades que se lleven a cabo. Por consiguiente, para que el personal de nuevo ingreso contribuya de una manera efectiva a los objetivos que la organización desea alcanzar y para que dé lo mejor de su potencial desde el mismo momento que inicie sus labores, requiere que se le oriente de manera precisa sobre cuáles serán los detalles particulares de la institución indispensables para que éste se desempeñe de la mejor manera.

Es por ello que la Gerencia de Gestión del Talento Humano de un Centro de Salud, se debe diseñar y aplicar un modelo de inducción que permita orientar e instruir al personal hacia los fines de la institución y además le brinde de manera rápida y precisa la información acerca de los beneficios y servicios que la organización ofrece, con el objetivo de evitar conseguir posibles fallas por parte de los empleados de nuevo ingreso.

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

General:

- Diseñar un Modelo de Inducción dirigido al personal un Centro de Salud.

Específicos:

- Analizar el proceso de Inducción del personal.
- Diseñar el modelo de inducción del Centro de Salud.
- Asegurar que la implementación del proceso de inducción contribuyan de manera efectiva con los objetivos que la organización desea alcanzar y que oriente al personal de nuevo ingreso para que este mejore su desempeño.

JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.

El Modelo de inducción a implementarse, tiene como finalidad proporcionar y garantizar un conocimiento amplio de la organización y sus funciones de manera eficiente y así contribuir con el mejoramiento de los servicios que la Gerencia de Gestión del Talento Humano del Centro de salud les brinda tanto a sus clientes internos como externos.

Establece el comportamiento que pueda tener el personal de nuevo ingreso una vez orientados en los aspectos fundamentales que deben conocer sobre la institución, así como en el éxito de su adaptación y permanencia en la organización. A través del mismo, se introduce al trabajador a la institución, a la unidad de trabajo y a su labor específica; ya que durante este período los empleados se forman sus impresiones iniciales sobre la institución, que en un futuro guiarán su conducta y comportamiento en la misma.

Este modelo permitirá la institución poseer un instrumento que le proporcione ventajas ante un encuentro entre personal-puesto desde el momento de la bienvenida; y así conocer en sentido amplio las necesidades y características de la organización, proporcionando a su vez un contacto directo con las personas que mantendrán desde su comienzo relaciones profesionales de trabajo.

De allí la importancia de establecer un proceso de inducción del personal, con una planificación y coordinación basadas en las necesidades y características de la institución y de los que laboran en ella, a fin de suministrar la suficiente información al trabajador, para aprovechar al máximo su disposición y hacer que su integración y socialización en el proceso, sean lo menos traumático posible.

Por tanto esta investigación se fundamenta en proporcionar al Centro de salud, específicamente a la Gerencia de Gestión del Talento Humano, un Modelo de inducción ya que no cuenta con este procedimiento que permita dar una orientación formal de apoyo a la integración y adaptación del personal nuevo ingreso.

MARCO TEÓRICO

Históricamente la aparición de la inducción de personal no tiene fecha exacta. Sin embargo, se conoce que algunas instituciones anteriormente tuvieron programas de orientación para su personal. Dicha actividad tuvo posible origen en el año 1936 en la Western Electric Company Of Chicago. Se dice que esa empresa fue la primera en utilizar la expresión orientación de personal, aplicándola a los servicios de orientación que prestaba a sus trabajadores. (Keith, 1991, p.140).

La evolución de la inducción ha venido dándose de manera secuencial y progresiva a través del tiempo, hasta adquirir sus características actuales.

Los cambios organizacionales aunados al crecimiento sostenido de las industrias, organizaciones e instituciones, ha traído como consecuencia un especial interés y énfasis en la búsqueda de la eficiencia y el buen desempeño en el trabajo, a través de programas formales de entrenamiento para funciones específicas que han de ejecutarse en el puesto.

La inducción como método de orientación desde épocas pasadas ha permitido a muchas empresas a nivel mundial darle la bienvenida al personal de nuevo ingreso a través de sus ejecutivos, así como indicarle las actividades a realizar, lo cual ha convertido a la inducción de personal en la principal búsqueda de adaptación e integración de sus empleados en procura de lograr las metas deseadas.

Con respecto a la evolución de la inducción Villegas (1988) indica lo siguiente: Se puede anotar como factor común en los tratadistas de la teoría administrativa, que estos reconocen el factor humano como esencial para el establecimiento y mantenimiento de las mejores relaciones organizacionales. Muchas de las áreas específicas de la administración de personal han sido objeto de interés especial últimamente, como resultado de los nuevos enfoques sobre comportamiento humano en la organización. (p.15)

El hecho de que empresas como la Procter & Gamble y Ford Motor hayan tomado la iniciativa de realizar investigaciones, acerca de los niveles de ansiedad, falta de motivación, ausentismo laboral, insatisfacción e incertidumbre, los cuales constituyen claros indicadores de una falta de adaptación del individuo a la organización y por ende, fallas en el programa y proceso de inducción, es el motivo por lo cual se ha llegado a desarrollar diferentes y cada vez mejores programas de inducción a lo largo de todos estos años. De estos estudios se obtuvo la conclusión de que el tiempo invertido desde el principio del periodo de entrenamiento para reducir todos estos problemas ha dado como resultado una mayor productividad y reducción de costos de personal.

Entonces, se puede deducir que la inducción se fundamenta en la necesidad de crear el ambiente propicio y funcional que pueda establecer cambios favorables en función de que el trabajador aprenda las actitudes, estándares, valores y los patrones de conducta que tanto espera la organización.

La organización para la atención médica y las acciones sanitarias, han estado estrechamente relacionadas con los acontecimientos socio-políticos más importantes ocurridos en el país; así como a los avances tecnológicos en la prestación de los servicios de Salud Pública. Algunos de los cambios organizativos más significativos que se realizaron para el otorgamiento de los servicios de salud pública a la población,

Son los conocimientos previamente contruidos, que forman parte de una estructura teórica ya existente. Está compuesta por:

MARCO LEGAL

- Ley General de Salud 42-01.
- Ley No. 41-08 de Función Pública y que crea la Secretaría de Estado de Administración.

Decreto No. 249-06, que aprueba el Reglamento del Sistema de Información General de Salud.

- Decreto 732-04, que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

MARCO CONCEPTUAL

Definición de términos:

Inducción: (Dessler, 1997) proceso sistemático y planificado, a través del cual se influye en los conocimientos y aptitudes del personal que ingresa a una organización o nueva posición, para producir la rápida adaptación e integración a la organización y a su puesto de trabajo

Manual de bienvenida: (Werther, 1989) documento que explica las prestaciones básicas, las políticas más importantes, el reglamento o un resumen de él y las características de la empresa.

Adaptación: (Plaza-Janes, 1995) es el proceso consciente o inconsciente de aproximación del comportamiento social de un individuo o grupo a una conducta hasta entonces no habitual, o a una conducta dominante en la estructura social.

Administración de Recursos Humanos: (Werther, 1989) estudio de la forma en que las organizaciones obtienen, desarrollan, evalúan, mantienen y conservan el número y el tipo adecuado de trabajadores. Su objetivo es suministrar a las organizaciones una fuerza laboral efectiva.

Personal: (Rosenberg, 1996) concepto que engloba toda la actividad del área de los recursos humanos de la empresa, así como la relación laboral y la contratación de nuevos empleados.

Descripción del trabajo: (Rosenberg, 1989) la que contiene las obligaciones, funciones y responsabilidades inherentes a un trabajo.

Norma organizacional: expresión de la organización que se considera la manera apropiada de comportarse o el código apropiado de conducta (Rosenberg, 1989, p. 278).

Normas de comportamiento: criterios de la conducta acordados por un grupo para definir el comportamiento aceptable de sus miembros (Rosenberg, 1989, p. 278).

Aspectos Metodológicos.

El tipo de investigación que se realizara es instrumento documental para dar a conocer la estructura organizacional del Centro de Salud, en el marco del Sistema oficializado por el Ministerio de Salud Pública, mediante Resoluciones y normativas por tal razón se implementaron los siguientes aspectos metodológicos como:

- a.- **Estudio Exploratorio:** utilizaremos el método de la observación apreciativa, con la finalidad de evaluar el impacto que ha tenido en los últimos años la Inducción del Personal de nuevo ingreso en el Centro de Salud, también utilizaré el método de estudio documental, para depurar documentos nacionales, internacionales, algunos escritos publicados en la prensa digital y libros de textos que acompañarán esta investigación.
- b.- **Método de Análisis:** Se analizará la importancia de los aspectos que dan algunos autores sobre la implementación del proceso de Inducción y así poder tener una visión de expertos sobre la realidad investigada y poder hacer la propuesta de lugar para que se ejecute en el Centro.
- d.- **Método Histórico-lógico:** Estaremos haciendo un estudio sobre el devenir de la Inducción del Personal de nuevo ingreso en el Centro de Salud.

TABLA DE CONTENIDO PRELIMINAR

En el primer capítulo trataré de hacer un breve acercamiento sobre la definición de la de la Inducción del personal de un Centro de Salud.

Cap. I Aspecto de salud a nivel global después local.

Capitulo II: Presente.....Modelo o instrumento de cambio del objeto de estudio en el campo de acción.

En el capítulo II se implementará una propuesta para el Departamento de Gestión Humana de Inducción del Personal de un Centro de Salud.

2.1 Elaboración del Directorio del Proceso de Inducción del Personal del Centro de Salud.

2.2 Definir la estructura organización del Modelo de Inducción del Personal del Centro de Salud.

2.2 Implementar el proceso de Inducción del Personal de un Centro de Salud.

Capitulo III: Propuesta de Inducción.

En este capítulo hablaremos sobre las ventajas y desventajas que tiene contar un proceso formal de Inducción que contenga la estructura organizativa, normas y beneficios al momento reclutar, seleccionar, evaluar y desarrollar personas dentro de la institución.

3.1 Ventajas y desventajas del proceso de Inducción del personal de un Centro de Salud.

3.2 Desarrollo al personal en base al modelo de Inducción a implementarse.

BIBLIOGRAFÍA PRELIMINAR.

(s.f.).

bettel, l. r. (1990). *curso practico del superviso: liderazgo y comunicacion*. bogota, colombia: mcgraw-hill.

chiavenato, i. (1988). *administracion de Recursos Humanos*. mexico: mcgraw-hill.

dessle, g. (1991). *administracion de personal*. mexico: prentice-hall.

keit, d. (1991). *el comportamiento humano en el trabajo: Comportamiento Organizacional*. mexico: mcgraw-hill.

Decreto No. 249-06, que aprueba el Reglamento del Sistema de Información General de Salud.

Decreto 732-04, que aprueba el Reglamento de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud

Ley General de Salud 42-01.

Ley No. 41-08 de Función Pública y que crea la Secretaría de Estado de Administración.

ANEXONO.2



Escuela de Graduados

TRABAJO FINAL PARA OPTAR POR EL TITULO EN:

Maestría en Gerencia de Recursos Humanos

Con el propósito de realizar la propuesta titulada: **Modelo de Inducción para el personal del Centro De Educación Médica De AmistadDominico-Japonesa (CEMADOJA), en la ciudad de Santo Domingo,Periodo 2015-2016”**, acudimos a usted para aplicarle una entrevista que la cual está estructurada por una serie de preguntas con la finalidad de obtener informaciones importantes que ayudarán en gran parte a la complementación del respectivo trabajo mediante sus explicaciones y respuestas donde las mismas deben ser emitidas de forma clara y breve.

Dicha entrevista se mantendrá anónima, es decir, su información será de absoluta confidencialidad.

Gracias por su colaboración..

ANEXONO.3

ENTREVISTA REALIZADA AL PERSONAL QUE LABORA EN EL CENTRO CEMADOJA

Conteste las siguientes preguntas y marque una x cuando sea necesaria.

1) Sexo

Masculino ____

Femenino ____

2) Grado de Instrucción

Primaria ()

Secundaria ()

Bachiller ()

Profesional ()

Postgrado ()

Otros ()

Explique_____

3) Tiempo de servicio en el Centro

1 Mes – 1 Año ()

1 Año – 5 Años ()

5 Años – 10 Años ()

10 Años a más ()

4) ¿De qué manera usted ingresó a laborar en el Centro?

Por concurso ☐

Por recomendación de personal ☐

Por aviso en la prensa ☐

Reingreso ☐

Otros ☐

Explique _____

5) ¿Sabe usted lo que es inducción?

Si ____ No ____

Explique _____

6) ¿En el momento de ingresar al Centro, recibió alguna inducción?

Si ____ No ____

Explique _____

7) ¿Tiene conocimiento de la reseña histórica del Centro?

Si ____ No ____

Explique _____

8) ¿Conoce cuál es la Misión y Visión del Centro?

Si ____ No ____

Explique _____

9) ¿Recibió el respectivo recorrido por las instalaciones del centro al momento de ingresar?

Si ____ No ____

Explique _____

10) ¿Qué tiempo cree usted que debería durar un proceso de inducción?

Día ()

1 Semana ()

1 Mes ()

Otro ()

Explique _____

11) ¿Al ingresar al Centro, se le explicó la estructura y de la Dirección de Recursos Humanos?

Si ____ No ____

Explique _____

12) ¿Considera importante conocer las políticas y normas que rigen la el centro?

Nada ()

Poca ()

Mucha ()

Otro ()

Explique_____

13) ¿Considera importante que el nuevo empleado reciba la inducción?

Si ____ No ____

Explique_____

14) ¿De los siguientes para usted cuál beneficio trae aplicar el proceso de inducción a los nuevos empleados?

Alta motivación ()

Evitan problemas interpersonales ()

Evitan la dualidad de funciones ()

Conocer la organización ()

Otro ()

Explique_____

15) ¿De las siguientes situaciones, cuál considera usted que pueda suceder si no se aplica la inducción al nuevo empleado?

Bajo rendimiento ()

Desubicación en el trabajo ()

Problemas interpersonales ()

Desconocimiento de los beneficios y normas ()

Desconocimiento de la organización ()

Confusión de funciones ()

Otro ()

Explique _____

16) ¿Señale que información considera usted que debe contener un proceso de inducción?

Misión ()

Visión ()

Estructura organizativa ()

Funciones de los cargos ()

Beneficios ()

Otra

Explique _____

17) ¿Considera importante conocer los reglamentos, deberes, derechos y responsabilidades del empleado?

Si ____ No ____

Explique _____

ANEXO NO.4

BROCHURE PROMOCIONAL DEL LABORATORIO CLINICO

PRESENTACIÓN FRONTAL.

Visión

Ser el Laboratorio Clínico con la más amplia gama de exámenes, que permita satisfacer las crecientes necesidades de los diversos especialidades médicas. Además, incluir nuevas tecnologías para optimizar el tiempo de operación en los resultados y aumentar la confiabilidad de los valores.

Misión

El laboratorio Clínico CEMADOJA ofrece servicios de calidad a los usuarios, brindando análisis confiables, confidenciales y oportunos mediante un personal altamente cualificado y responsable, con el fin de lograr la prevención, pronóstico y diagnóstico de enfermedades, mediante el empleo de tecnología de punta.

Objetivos

- Efectuar exámenes clínicos de carácter preventivo y diagnóstico en las siguientes áreas: Bioquímica, Hematología, Inmunología, Bacteriología y Parasitología.
- Optimizar el aprovechamiento del personal especializado, profesional, técnico y auxiliar, así como los recursos físicos e implementación existente.
- Velar por el apropiado desarrollo técnico y gestionar su aplicación según los recursos disponibles.
- Implementar el sistema de calidad mediante la aplicación de las normas ISO.
- IEC 17025: 2000 (estándar de pruebas y calibración más utilizado en los laboratorios).



Estamos Afiliados a las Administradoras de Riesgo de Salud (ARS)

- ARS SeNaSa
- ARS Salud Segura
- ARS Meta Salud
- ARS Universal
- ARS Futuro
- ARS Renacer
- ARS Constitución
- ARS Grupo Médico y Asociado (GMA)
- ARS Semunased
- ARS Humano
- ARS Isspol
- ARS Colegio Médico Dominicano (CMD)
- ARS Banreservas



Conoce más de nosotros

**LABORATORIO CLINICO
CEMADOJA**



Estamos ubicados en:
C/ Federico Velásquez No. 01
María Auxiliadora, Santo Domingo, D. N.
República Dominicana.

Tel.: 809-684-0411 • Fax: 809-681-0498

**Ampliando Nuestros Servicios
para Servirte Mejor.**

Impresora Julia Pérez
909 804 4111 • 909 681 0498

ANEXO NO.5

PRESENTACIÓN PARTE INTERIOR.

Centro de Educación Médica y Amistad. Dominico - Japonesa CEMADOJA

Un Laboratorio Clínico es un lugar donde los profesionales y técnicos en análisis clínico analizan muestras biológicas humanas que contribuyen al estudio, prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades.



Nuestro Centro cuenta con la última tecnología de punta para ofrecer un buen diagnóstico clínico, con personal altamente capacitado en cada una de las áreas de nuestro laboratorio clínico.

Ofreceremos servicios atendiendo los más altos estándares de calidad con humanización, eficacia y eficiencia hacia nuestros pacientes.

Hematología

Es la especialidad que se encarga del estudio de la sangre y sus componentes, brindando diagnóstico y tratamiento a los padecimientos que pudieran presentarse además en ganglios linfáticos, médula ósea y bazo. Además de la observación de glóbulos blancos, rojos y del proceso de coagulación de la sangre, los especialistas en hematología pueden conocer el estado de salud de un paciente.

Química Clínica

Se ocupa del estudio de los aspectos químicos de la vida humana con la aplicación de los métodos de laboratorio para el diagnóstico, el seguimiento, el control de tratamiento, la prevención y la investigación de enfermedades.

Microbiología

Es el área de Laboratorio Clínico que recibe muestras biológicas a las que realizan investigaciones microbiológicas mediante exámenes microscópicos directos y por cultivos, con el objetivo de identificar los agentes causales de las infecciones estudiadas, precisar su cuantía en los casos que así se requiera o demostrar la presencia de anticuerpos evocadores de la presencia del agente etiológico en cuestión. Este servicio proporciona al profesional de la salud información precisa relacionada con la sensibilidad o resistencia del agente infeccioso a los diferentes antibióticos, lo cual aporta un dato de inestimable valor para la identificación del tratamiento.

Nuestras Áreas

Hematología

- Panel de Coagulación
- Panel de Serie Roja
- Panel de Serie Blanca
- Panel de Plaquetas

Química Clínica y Química Especial

- Panel Lipídico
- Panel Cardiovascular
- Panel Diabético
- Panel Hepático
- Panel Hormonal
- Panel Tiroideo
- Panel de Marcadores Tumorales
- Panel Fármacos
- Panel de Drogas de Abuso
- Panel de Genética y Citogenética
- Panel de Biología Molecular

Uroanálisis y Parasitología

- Panel de Orina
- Panel de Heces

Microbiología

- Panel de Cultivo

Serologías e Inmunología

- Panel de Enfermedades Infecciosas

ANEXO. 6

A. EVALUACIÓN A COMPLETAR POR EL PERSONAL DE NUEVO INGRESO.

La siguiente evaluación la completará cada empleado al finalizar su proceso de Inducción. El Departamento de RR.HH. o Personal, deberá evaluar los resultados de las mismas y tomar las acciones correspondientes, tales como:

- Capacitar al Jefe de Servicio para que realice una correcta inducción de los nuevos agentes asignados.
- Actualizar el Manual del Empleado.

MARCAR CON UNA X EL INDICAR DE SU CONSIDERACION.

INTERROGANTES	NADA	POCO	BASTANTE	MUCHO
1. Me hicieron sentir bienvenido.				
2. Me presentaron a los demás miembros de mi grupo.				
3. Mi Jefe me prestó atención y me dio la bienvenida.				
4. Mi inducción pareció estar bien planificada				
5. Los beneficios de la institución me fueron explicados desde el primer día.				
6. Mi lugar de trabajo, oficina estaba establecido y esperando mi llegada				
7. Hice una visita a la institución junto con una persona calificada.				
8. Todos los papeles y cuestionarios necesarios estaban disponibles y recibí asistencia sobre cómo llenarlos adecuadamente.				
9. Recibí una copia del Manual del empleado.				
10. Aprendí sobre la Historia de la Institución y los planes futuros.				
11. Mi Jefe revisó conmigo la descripción formal de mi trabajo.				
12. Conocí al Personal de otros Servicios.				
13. Pude observar a los colegas en su trabajo antes de comenzar una tarea.				
14. Se me hizo una asignación específica de trabajo junto con las instrucciones o la capacitación.				
15. Las horas de trabajo, permisos por				

enfermedad y otras políticas me fueron explicadas.				
16. Me mostraron el sistema Telefónico.				
17. Tuve la oportunidad de hacer preguntas.				
18. Al final de la primera semana me sentí como miembro del equipo.				
Sugerencias				

ANEXO NO.7

HOJA DE RECIBIDO

He recibido, leído y entendido el contenido del “Manual de Inducción para Ingresantes a los servicios de esta institución”.

Nombre y Apellido _____

Documento – Tipo: _____ N°: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Gracias por completar este documento.

Atentamente;

Gerencia Gestión del Talento Humano

Centro de Educación Médica de Amistad Dominico-Japonesa
(CEMADOJA)