

UNIVERSIDAD NACIONAL DE RIO NEGRO

**TRABAJO SEMINARIO FINAL DE LA ESPECIALIZACIÓN EN MANAGEMENT
TECNOLÓGICO**

**ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD PARA LA IMPLEMENTACIÓN
DE UN SISTEMA DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL
LABORATORIO CENTRAL DE UN HOSPITAL PÚBLICO EN
LA PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA**

ALUMNA: BIOQUÍMICA ISABEL DOMENECH
Mail: isdo.hosbar@gmail.com.

TUTOR: BIOQUÍMICA CLAUDIA BELER

DOCENTE: DR. DIEGO AGUIAR

RESUMEN PROBLEMA

Este trabajo está enfocado a determinar la factibilidad de implementar un Sistema de Gestión de Calidad en el Laboratorio de análisis clínicos del Hospital Público de la ciudad de Bariloche, Provincia de Río Negro - Argentina. El objetivo final es la acreditación del laboratorio bajo la norma ISO 15189:2003.

Se pretende lograr la acreditación en calidad de los procesos principales que se llevan a cabo en el laboratorio, como medio para asegurar la utilidad clínica y confianza sobre los resultados generados y a la vez que sirva como instrumento de gestión, brindando parámetros de desempeño que faciliten la planificación y el control del área.

ANTECEDENTES Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

Norma ISO para Laboratorios Clínicos

La norma ISO 15189:2003 “Laboratorios clínicos - Requisitos particulares para la calidad y la competencia”, es una norma de calidad específica para la acreditación de laboratorios clínicos.

Esta norma está constituida por dos partes:

1) **Requisitos de gestión.** Coinciden con los requisitos de Gestión de la Calidad de la norma ISO 9001:2008

Estos requisitos de gestión planteados en la norma ISO 15189:2003, son los siguientes:

- Organización y gestión.
- Sistema de gestión de calidad.
- Control de documentos.
- Resolución de reclamos.
- Identificación y control de no conformidades.
- Registro de calidad y técnicos.
- Acciones correctivas y preventivas.
- Proceso de mejoramiento continuo.
- Revisión de contratos, servicio y proveedores externos.
- Exámenes realizados por laboratorios de derivación.
- Servicios de consultoría.
- Auditorías internas y revisión por la dirección.

2) **Requisitos técnicos.** Se desarrollan en el apartado 5 de la ISO 15189:2003. Son redactados en el lenguaje habitual del laboratorio de análisis clínicos y buscan asegurar la competencia técnica del laboratorio.

Dichos requisitos tratan sobre:

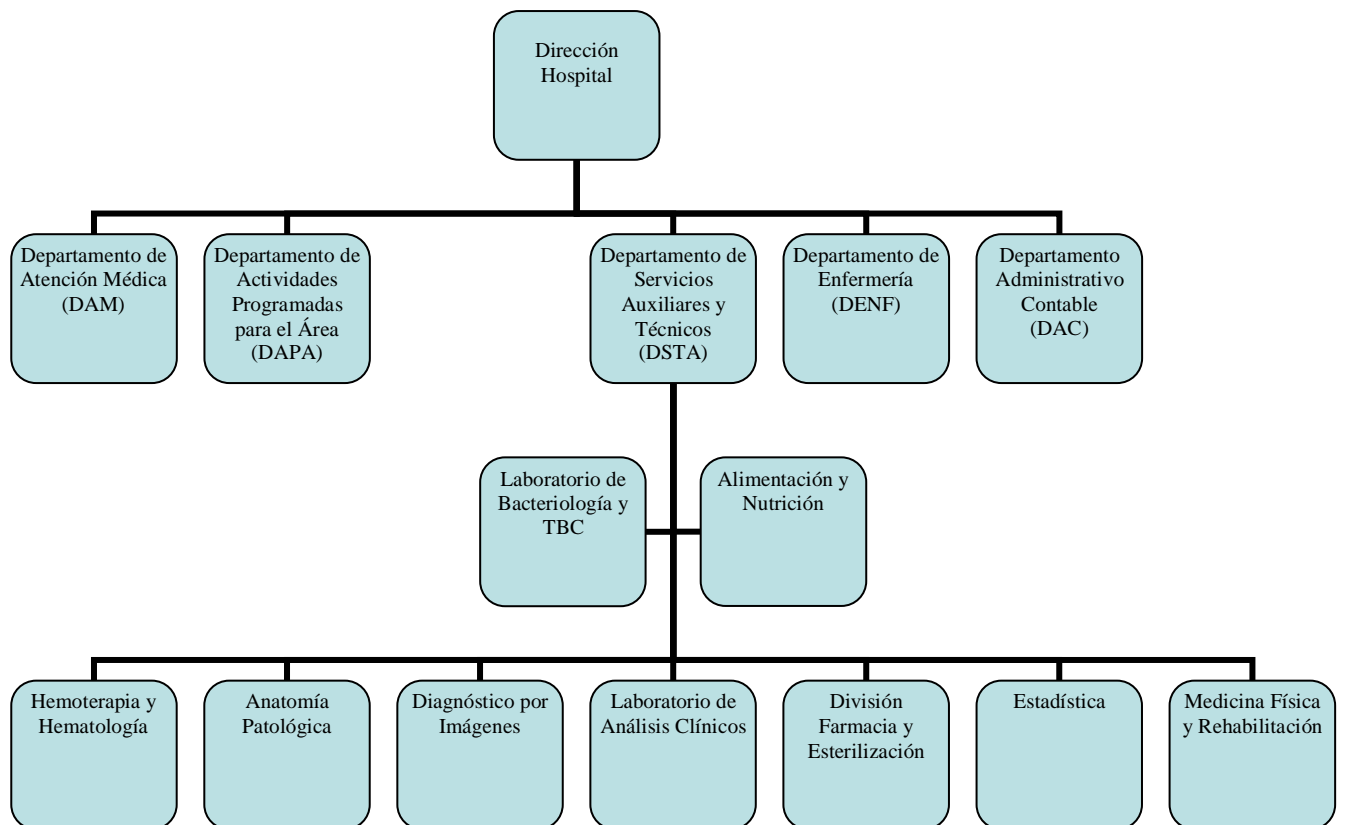
- Personal.
- Instalaciones y condiciones ambientales.
- Bioseguridad.
- Equipamiento del laboratorio.
- Procedimientos analíticos, post analíticos e informe de los resultados.
- Aseguramiento de la calidad de los procedimientos analíticos.

Hospital Zonal Bariloche

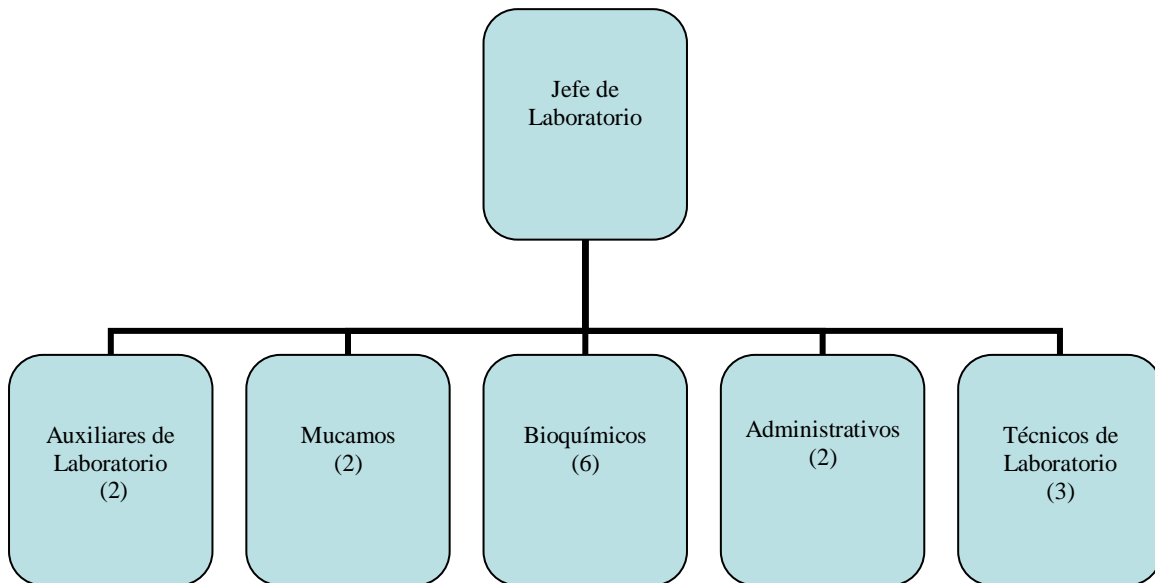
El Hospital “Dr. Ramón Carrillo”, abarca un área programa de unos 140.000 habitantes, distribuidos en núcleos urbanos, suburbanos y algunos con características rurales, en la región Andino Patagónica. En condiciones de estabilidad económica, asiste al 60% de la población de su área de cobertura.

Está clasificado como de nivel VI, según la clasificación Argentina de hospitales por complejidad.

ORGANIGRAMA HOSPITAL ZONAL BARILOCHE



ORGANIGRAMA LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICOS



PROCESOS REALIZADOS EN EL LABORATORIO

Comienzan las tareas diarias con extracciones en internación y consultorios externos. Los técnicos y auxiliares se encargan de la toma de muestras (sangre, orina, líquidos de punción, semen).

Las extracciones se realizan con la presencia y colaboración de un Bioquímico, entre las 7 a 10hs.

El secretario recibe los pedidos médicos, los ingresa al sistema, y con un número otorgado se le extrae el material necesario para realizar los análisis solicitados. Luego entrega resultados y da turnos para nuevas extracciones.

Se recibe material de los Centros Periféricos de Salud (17 en total). Las mismas son extraídas en cada centro y llegan en cajas a este laboratorio a las 10hs aprox.

Un Bioquímico se encarga de procesar las muestras de internación, otro de externos y otro de periféricos.

Existe una sección de Serologías e Inmunología que realiza determinaciones especiales a todas las muestras procesadas en el laboratorio.

El secretario también se encarga de tareas internas, estadísticas, ingreso de boletas que llegan de periféricos.

Otro Bioquímico se encarga de la guardia central, urgencias que entran al laboratorio durante todo el día a demanda.

Luego de las 16hs comienza la guardia a cargo de un solo Bioquímico que cuenta con técnico hasta las 18hs. Desde ese momento queda como única persona a cargo del laboratorio hasta las 8hs del día siguiente. Este mismo profesional, sigue trabajando al día siguiente hasta las 12hs.

Los sábados comienza la guardia desde 12hs hasta 8hs del día siguiente, y los domingos y feriados, el bioquímico cubre desde las 8hs hasta las 8hs del día siguiente si este es un feriado o hasta las 12hs del mediodía si es día laboral.

Este laboratorio maneja un promedio de 150 pacientes diarios, solicitados desde las áreas de internación, consultorios externos, guardia y centros de salud.

Controles de calidad externos

Este trabajo propone la implementación de un sistema de Gestión de Calidad Interno.

No obstante, las determinaciones de la sección serología se contrastan mediante la participación (desde el año 1996) de controles de calidad externos provistos por el Instituto Malbrán (referente nacional de enfermedades infecto contagiosas), del Instituto Mario Fatała Chaben (referente nacional de Parasitología), del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba y del Centro Nacional de Referencia para el SIDA (dependiente de la Facultad de Medicina de la UBA).

Para evaluar la calidad de los resultados obtenidos por las determinaciones bioquímicas que se realizan en las restantes secciones, el laboratorio participa del Programa de Evaluación Externa de Calidad (PEEC) realizado por la Fundación Bioquímica Argentina.

Este programa, PEEC, que se inició en el año 1987, cuenta en la actualidad con 3.190 laboratorios participantes de todo el país, abarcando sector público y privado, desde ambulatorios individuales hasta grandes laboratorios de alta complejidad, lo que asegura una sólida base para el tratamiento estadístico de las muestras remitidas.

Estos controles de calidad externos permiten evaluar el grado de calidad que está entregando el laboratorio, el desempeño comparado con el resto de los laboratorios, el efecto sobre el desempeño analítico luego de cambios en reactivos, instrumentos y procesos, entre otros.

El laboratorio central del HZB siempre ha aprobado con nivel de “excelente desempeño” la totalidad de las determinaciones evaluadas mediante estos programas externos.

Por lo tanto, resulta ahora conveniente continuar con el proceso de Calidad, implementando un sistema de Control de calidad interno, mediante la aplicación de la normativa específica para Laboratorios de Análisis Clínicos (ISO 15189:2003).

DIAGNOSTICO ORGANIZACIONAL

Mediciones

A efectos de evaluar la visión externa y el clima organizacional interno del sujeto donde se pretende implementar el sistema de calidad (laboratorio central del Hospital Zonal Bariloche), se llevó a cabo durante el mes de Octubre de 2012 encuestas de satisfacción de calidad, dirigidas a pacientes atendidos por este laboratorio y al personal que integra el equipo. La cantidad de pacientes encuestados fue de 100. En cuanto al personal, de un total de 14 integrantes contestaron la encuesta el 50%..

Para la construcción de los formularios utilizados en las encuestas, se tomaron como base los formularios propuestos en el Curso de Gestión de Calidad para Laboratorios, de la Organización Panamericana de la Salud. Se adjuntan formularios.

a) Encuestas de satisfacción a pacientes:

El primer grupo de preguntas de la encuesta de satisfacción al paciente, se orientaba a conocer si el encuestado había tenido experiencias anteriores con laboratorios clínicos y quién lo había derivado a este laboratorio. El 75% había concurrido a un laboratorio con anterioridad y de ese grupo el 100% eran pacientes de este laboratorio. Todos los encuestados asistían al laboratorio por indicación de un médico del propio hospital.

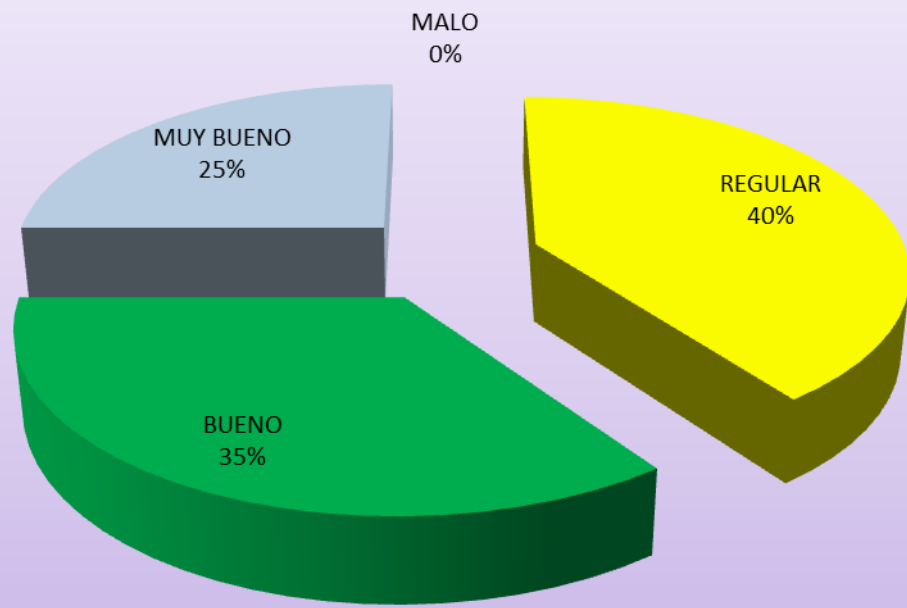
El segundo conjunto de preguntas, estaban dirigidas a conocer la opinión de los pacientes, en cuanto a los tres momentos de contacto principal que tiene el paciente con el laboratorio: “Entrega de turnos”, “Recolección del material a analizar” y “Entrega de resultados”. Se clasificaron las respuestas posibles en Malo, Regular, Bueno y Muy Bueno.

La primera conclusión, es que no se recibió ninguna calificación con nivel Malo; solo un 13% de las respuestas asignaron a alguno de estos tres momentos de contacto la calificación de Regular. Un 50 % de las respuestas elegidas fue Bueno y el 37% restante calificó la atención recibida con el máximo puntaje propuesto.

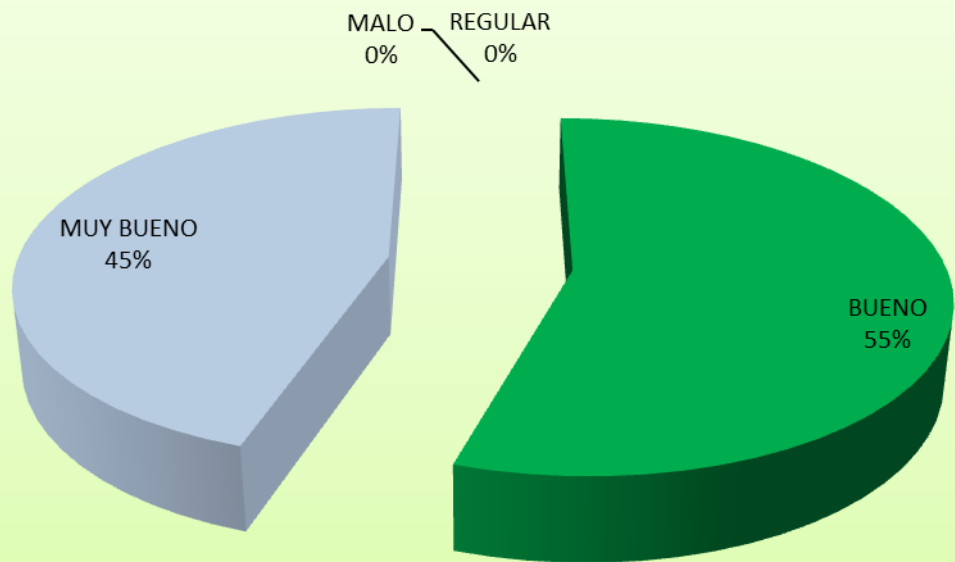
Del análisis puntual de cada momento, se pudo observar que el mayor nivel de conformidad se encuentra en la calidad de recolección de muestras.

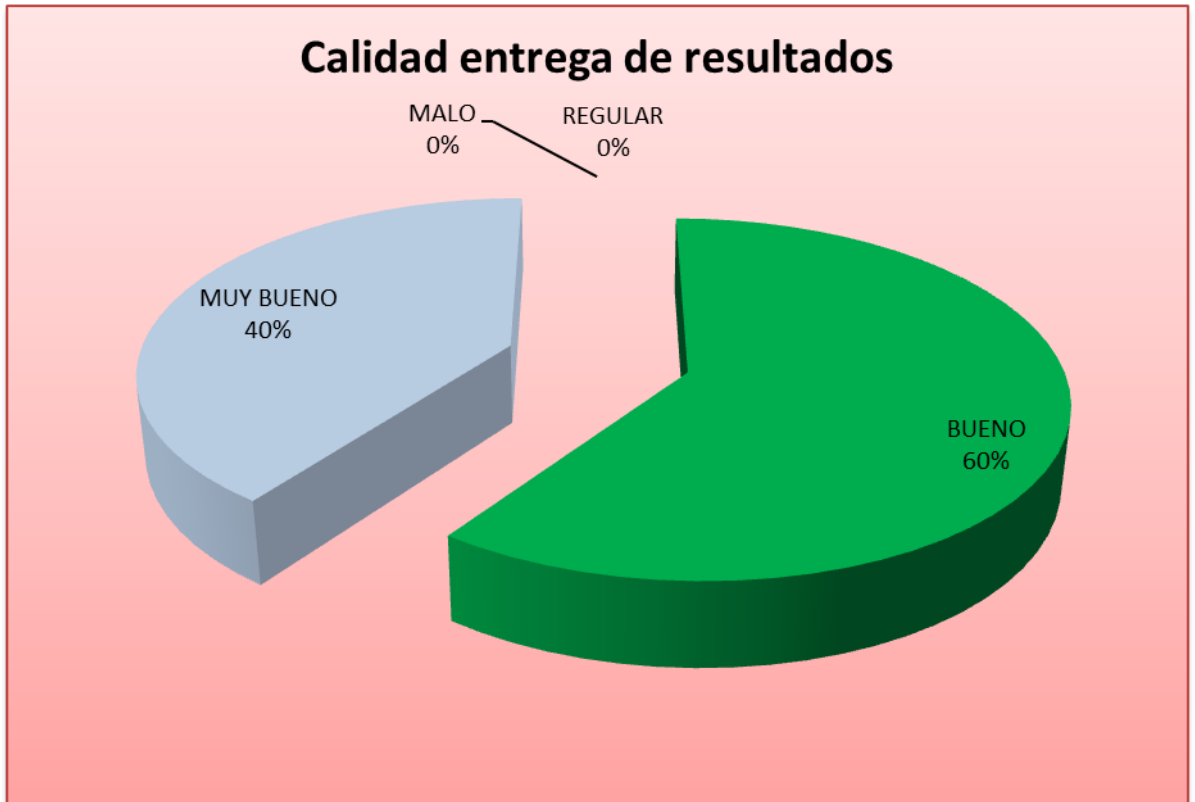
Donde menor puntaje se obtuvo, es en la Obtención de turnos (aspecto a mejorar). Pero al contrastarlo con la evaluación de la Entrega de Resultados (ambas actividades realizadas por el mismo personal), se podría inferir que parte de la disconformidad con los turnos no es por la atención recibida, sino por el largo tiempo que transcurre desde que se solicita el turno hasta la fecha del mismo. (al momento de la encuesta, este se encontraba entre 20 y 30 días corridos).

Calidad de solicitud de turnos



Calidad de toma de muestras





Las siguientes preguntas se referían a la infraestructura edilicia del laboratorio. El laboratorio se encuentra en el ala del hospital construida recientemente (en el mes de Agosto de 2008 se habilitó la construcción de la primera parte del proyecto que renovará a nuevo todo el hospital).

Esto se reflejó en el resultado de las encuestas, atento la totalidad de los pacientes evaluaron como adecuadas la comodidad de las instalaciones, su ventilación, iluminación, así como también el mantenimiento y limpieza de las mismas.

El cuarto grupo de preguntas de la encuesta, pretendía evaluar aspectos relacionados con el trato dispensado al paciente y con la calidad profesional de los integrantes del grupo.

Un subconjunto de estas preguntas estaban relacionadas a aspectos técnicos, tales como la información que se le debe brindar al paciente en cuanto a los recaudos que debe tomar antes de la obtención de la muestra (denominada preparación pre analítica) o a cuestiones relacionadas con la bioseguridad (uso de guantes, elementos descartables, etc.). El 100% de las respuestas obtenidas evaluaban su conformidad en estos puntos.

El siguiente subgrupo de preguntas, se refiere a la calidad de atención dispensada: cortesía en el trato, respeto en la confidencialidad de sus datos personales, dolor o molestia al momento de la extracción, tiempos de espera. El único aspecto que solo logro la conformidad del 50% de los encuestados, fue el tiempo de espera. Este aspecto (al igual que lo señalamos al analizar la demora en obtención de turnos) es un aspecto a mejorar. Sobre los restantes puntos, la evaluación positiva fue del 100% de los encuestados.

En síntesis, los pacientes se sienten cómodos en la sala de espera y de extracciones; recibieron trato cortés y respetuoso, información clara y suficiente. Los tiempos de espera para ser atendidos es un punto a mejorar. La comunicación del personal fue clara y comprensible; se respeta la confidencialidad de los datos personales y la bioseguridad. El 100% de los encuestados declaran que volverían a concurrir al Laboratorio Central del HZB.

Muchos expresaron a modo de comentario, su agradecimiento hacia los integrantes del laboratorio y del hospital.

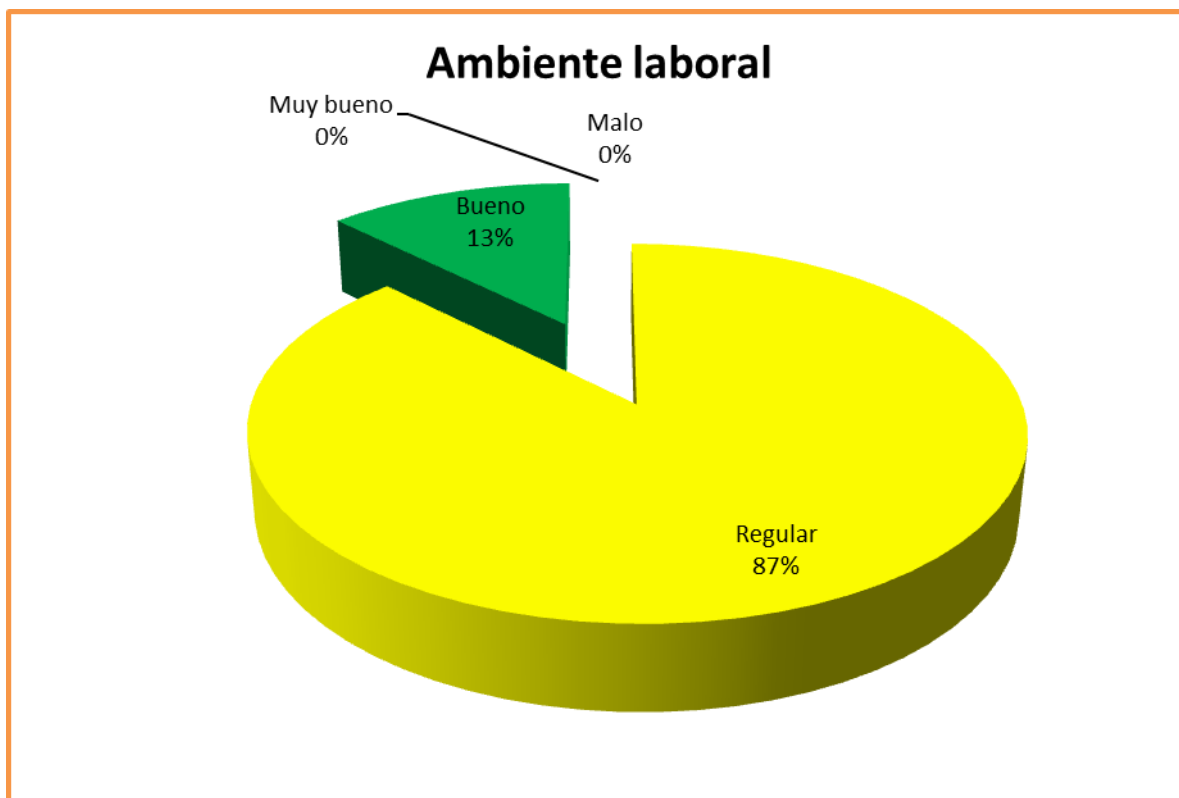
b) Encuestas de satisfacción a clientes internos (personal):

Si bien solo respondió la encuesta un 50% del personal del laboratorio, quienes lo hicieron representan la totalidad de los roles que en él se desempeñan: administrativos, limpieza, técnicos y bioquímicos.

La primera pregunta apunta a conocer el tiempo transcurrido desde que ingresó al laboratorio. Si bien el promedio total de antigüedad se ubicó en los 10 años, se observa dos subgrupos claramente diferenciados. La mitad del equipo tiene una antigüedad promedio de cuatro años y el resto un promedio de 20 años.

Esto muestra que hubo un período de tiempo muy prolongado, durante el cual no hubo incorporaciones de personal.

La siguiente pregunta evalúa el ambiente laboral del laboratorio. Los criterios posibles son “Malo”, “Regular”, “Bueno”, “Muy Bueno”. El siguiente gráfico presenta los resultados obtenidos.



Esta pregunta se complementa con el pedido de descripción de los motivos a los que atribuyó su calificación el encuestado. Se señalaron entre otras: Mala comunicación, Discusiones diarias, Falencias de organización, Falta de integración, Desvalorización, Falta de compañerismo.

Se consultó si tenían inconvenientes en el desarrollo de sus tareas. El 50% respondió que sí. Y lo atribuyeron a las mismas causas que entendían generan un ambiente laboral regular.

Las siguientes preguntas se refieren a la calidad y oportunidad de los recursos que requiere para llevar a cabo sus tareas. Solo el 25% opinó que era suficiente en cuanto a calidad y oportuno en cuanto al momento en que lo recibían.

A continuación se les preguntó si los departamentos o áreas con los cuales se interrelacionan escuchaban sus sugerencias: el 50% opinó que sí. Este aspecto apunta a conocer la percepción de su integración con el afuera del laboratorio.

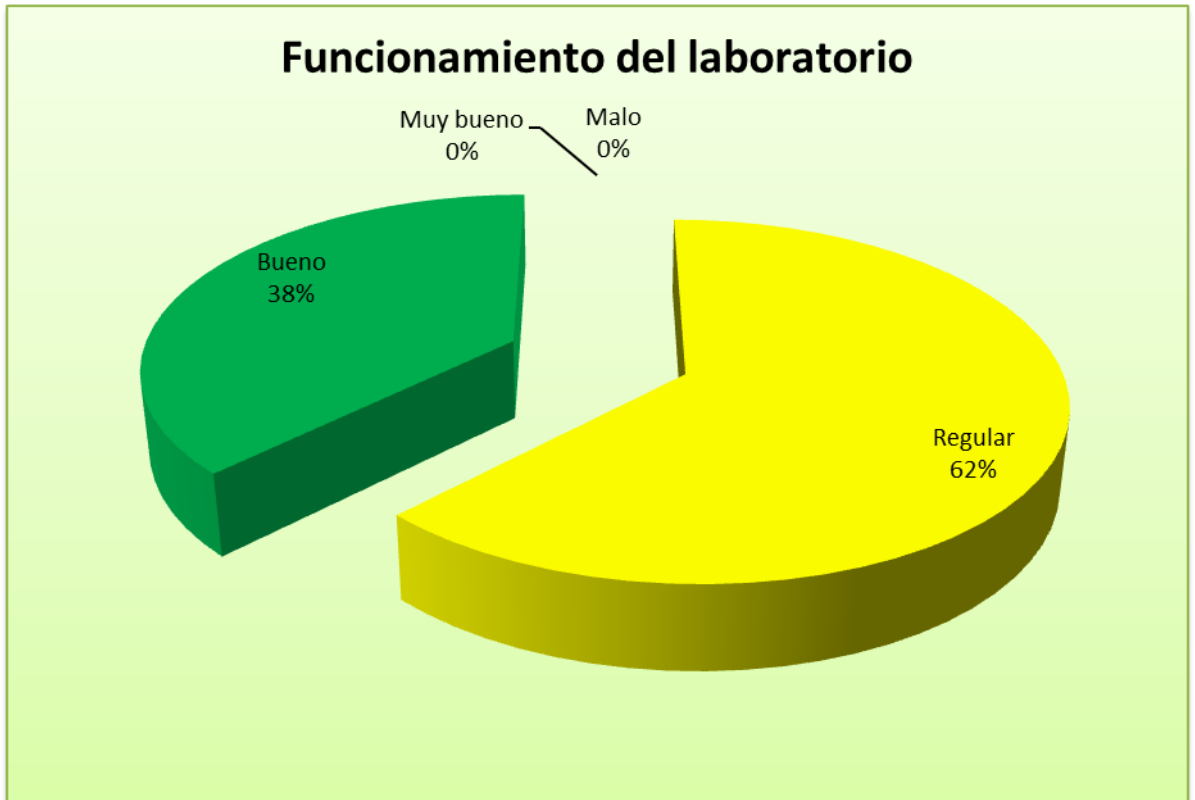
Otro grupo de preguntas se referían a como evaluaban la conducción del laboratorio. Cabe señalar que al momento de realizar la encuesta la jefatura del área se encontraba acéfala, cubriendo parcialmente las tareas de coordinación de manera repartida entre el personal con mayor antigüedad. Por lo que, la mayoría no contestó este punto.

Luego se pregunta respecto al conocimiento que tienen sobre procesos y sistemas de calidad. El 38% manifiesta haber participado en implementaciones de calidad. Respecto a si conoce la existencia de procedimientos operativos, el 75% contestó de manera afirmativa. Pero respecto a si existen registros de actividades, solo el 38% manifestó que sí.

Se les consultó si recibían cursos de capacitación, a lo cual el 38% manifestó que sí. Mientras que solo el 25% dijo que participaba en equipos de trabajo para lograr objetivos de calidad.

Como cierre de esta encuesta, al personal se le pidió que califique el funcionamiento del laboratorio (criterios posibles: “malo”, “regular”, “bueno”, “muy bueno”).

Si bien la visión que el grupo tenía del resultado de su trabajo (en promedio regular) resultó más crítica que la evaluación recibida de los pacientes (entre bueno y muy bueno), se nota en los integrantes del equipo mayor conformidad con los resultados obtenidos por el grupo que con el clima organizacional.



Liderazgo

Uno de los principales factores que forjan la cultura de una organización es el desempeño de sus líderes. Su visión, estilo de ejercer el liderazgo, personalidad, etc., inciden fuertemente en el desarrollo de las características del equipo que dirigen. En el caso del laboratorio en estudio, cada uno de quienes llevaron adelante la tarea de conducción, dejaron en mayor o menor medida, su impronta personal.

Durante quince años, el servicio tuvo un jefe que ejerció un liderazgo autocrático, lo que generó baja satisfacción de los empleados y a veces también de los clientes externos (médicos solicitantes de los análisis). Esta gestión fue generadora de ambientes hostiles, competitivos, donde se buscaba un culpable ante cada conflicto.

Los cuatro años siguientes hubo una jefatura con estilo de “dejar hacer” o “de consenso”, Este estilo de liderazgo busca resolver los conflictos interpersonales. No se logró destrabar los problemas.

Luego se eligió por consenso del equipo un nuevo jefe, quien al año renuncia por razones personales.

El grupo estuvo sin líder durante 8 meses, lo cual introdujo al grupo en un punto de inflexión, necesario para que se produzca un cambio, descubriendo puntos positivos y provocando debates para desencadenar nuevos procesos.

Cabe señalar que es un problema común para todo el hospital, el que sus integrantes no quieran asumir las posiciones de coordinación. Este tema pareciera no estar dentro de las prioridades de la agenda de la institución.

Algunas de las causas que originan esta situación son: no se respetan los mecanismos formales para la elección de las jefaturas (concursos de antecedentes), no existen incentivos para quienes asumen las tareas de conducción, se subestima las tareas que realiza “el otro” (esto incluye la tarea de los jefes), no se propicia la capacitación, la innovación y el desarrollo de carrera.

Por esto, los jefes de la institución, lejos de ser motivadores y facilitadores de sus equipos, pasan a ser meros blancos de las culpas y críticas, tanto de propios como de externos.

Cultura organizacional

La cultura organizacional es el conjunto de percepciones, sentimientos, actitudes, hábitos, creencias, valores, tradiciones y formas de interacción dentro y entre los grupos existentes en toda organización. Son una suerte de normas informales y no escritas que orientan el comportamiento cotidiano de los miembros de la organización.

La cultura de la organización condiciona fuertemente los procesos de cambio. Este conjunto de normas informales y no escritas, orientan el comportamiento de los miembros de la organización, por lo que, puede facilitar la estrategia para esta implantación, en tanto exista una fuerte coherencia entre ambas. Lo contrario, puede impedir o retrasar la puesta en marcha del sistema de gestión de calidad.

Cualquier iniciativa para mejorar integralmente una organización, como es el caso de la implementación de un Sistema de Calidad, debe ponerse en práctica mediante un proceso de reestructuración, que se define como una transformación de la cultura organizacional y un rediseño de los procesos para incrementar la calidad de un servicio y su eficiencia.

Es importante comprender que, a pesar de que el cambio realizado en una parte del sistema tiene un impacto cierto sobre los demás, rara vez se logra una transformación de estas dimensiones cuando se actúa solamente sobre partes o puntos individuales. Es necesario que la acción abarque a todo el sistema, en otras palabras, lo que debe cambiar es la cultura de la organización y no sólo una de sus piezas.

Estos cambios muchas veces son recibidos por los participantes como una amenaza y no una oportunidad. Esto trae al proyecto barreras y obstáculos, como miedo a lo desconocido (etapa del desconocimiento). Una vez comprendido el cambio a generar viene el “escepticismo y rechazo”, y la última etapa es cuando el líder del proyecto es capaz de explicar y movilizar a las personas participantes y comienza el “entendimiento y compromiso”.

Si tratamos de definir la cultura del Hospital Zonal Bariloche, podemos decir que es una institución libre. Donde cada uno tiene amplia libertad para el desarrollo de sus tareas. Por ejemplo, no existen controles de horario del personal. Esto lleva a que se presenten un amplio rango de comportamientos personales, asumiendo en distinta medida la responsabilidad que dicha libertad genera.

Los integrantes de la institución, muestran una fuerte pertenencia y orgullo hacia el Hospital. A través de las acciones diarias, estos sentimientos son trasladados a los pacientes a quienes se atiende y a la comunidad en general.

No existen esquemas de incentivo, que propicien a sus trabajadores a actualizar su formación profesional o a querer mejorar la calidad de su desempeño y de los procesos en los cuales participa.

La falta de controles y normas lleva a generar un ambiente de críticas, donde cada miembro de los distintos equipos juzga al resto con su propia vara personal. Al no encontrarse catalizadores o factores comunes de medición, el espacio de crítica no solo no permite la resolución del problema, sino que genera un nuevo conflicto.

La comunicación es escasa, en general informal y en muy pocas ocasiones escrita. De hecho, cuando se escribe sobre un conflicto, en general es para dar comienzo a un sumario administrativo.

Al describir la cultura organizacional del propio Laboratorio central, aplican idénticas observaciones que las realizadas hacia el hospital.

Como características propias, podemos definir que es un grupo muy trabajador y a la vez muy crítico. Presenta una cultura basada en las tareas, donde la importancia no se enfoca en los integrantes del equipo sino en los resultados a obtener.

Existe una fuerte actitud de servicio hacia el cliente externo (paciente).

Por último, se observa fuerte auto segmentación entre los nuevos integrantes del equipo y los más antiguos. Estos grupos presentan dos culturas muy diferentes.

PROPUESTA PROGRAMA IMPLEMENTACIÓN GESTIÓN DE CALIDAD

MISIÓN:

Ofrecer un servicio de referencia a la comunidad que garantice la salud de las personas y que responda a los requisitos de vigilancia de la salud poblacional, para fortalecer los programas de vigilancia, garantizar la calidad de la información y alimentar los sistemas de información para la toma de decisiones y diseño de intervenciones.

VISIÓN:

Llegar a ser una Institución de excelencia, líder de referencia y organismo rector en el diagnóstico. Contar con personal calificado y disponer de una tecnología de vanguardia en un ambiente seguro.

OBJETIVOS:

- ❖ Comprender y difundir las razones principales por las que un laboratorio necesita de un sistema de Gestión en calidad.
- ❖ Dominar los cinco fundamentos de un proceso de calidad, a saber:
 1. Entender y satisfacer los requerimientos del cliente.
 2. Orientarse a la minimización de errores.
 3. Dar prioridad y trabajar más en la prevención que en la corrección.
 4. Asumir y asegurar un compromiso de parte de todo el personal de la Organización, tanto directivo como operativo.
 5. Conocer y aplicar las herramientas del mejoramiento continuo.
- ❖ Determinar los puntos básicos que es necesario tener en cuenta para poner en marcha un sistema de control de calidad.
- ❖ Analizar e identificar los elementos principales de la organización que es preciso incorporar al sistema de calidad, incluidos la gestión y control de los proveedores, de la capacitación del personal y de los documentos del sistema.
- ❖ Diseñar un plan de acción que permita implementar un sistema de calidad en mi institución.

PLAN DE ACCIÓN

- Identificación de productos y servicios.
- Identificación de barreras y obstáculos vinculados con la organización.
- Especificación de las características del líder.
- Identificación de los clientes y proveedores internos.
- Identificar las fortalezas y debilidades con que cuenta la organización para desarrollar el proceso.

- Identificar los productos y servicios de la Institución que deberán estar sujetos al sistema de gestión de calidad.
- Determinar los objetivos del sistema de gestión de calidad y las ventajas de su aplicación.
- Identificar los recursos de personal y logística necesarios para llevar a cabo el proceso.
- Describir de qué formas la calidad va más allá del producto final o la prestación del servicio.
- Incluir los requisitos y necesidades del cliente – usuario- en la definición de calidad.
- Identificar aquellos aspectos organizacionales que podrían afectar el proceso de cambio.
- Identificar los factores emocionales vinculados con el cambio y su impacto en la motivación del personal.
- Determinar si existen barreras legales, económicas, institucionales o laborales que impidan la implementación del sistema de gestión de la calidad.
- Para poder sacar conclusiones del estado actual en que se encuentra el laboratorio se realizaron dos encuestas dirigidas a los integrantes del laboratorio y a los pacientes que este laboratorio atiende.

ANÁLISIS FODA DE LOS OBJETIVOS DEL PROYECTO

OBJETIVOS	FODA
Comprender y difundir las razones principales por las que un Laboratorio necesita de un sistema de Gestión de Calidad	<p>FORTALEZA: Gente con experiencia y gente con nuevos conocimientos. Predisposición de la mayoría del equipo.</p> <p>OPORTUNIDAD: Necesidad de mejorar. Motor de integración del equipo.</p> <p>DEBILIDAD: Dificultad en la acción. Falta de voluntad en el esfuerzo necesario para producir el cambio.</p> <p>AMENAZA: Miedo y resistencia al cambio.</p>
Entender y satisfacer los requisitos del cliente.	<p>FORTALEZA: Conocimiento de lo que el proveedor puede entregar y el cliente pedir.</p> <p>OPORTUNIDAD: Inclusión de integrantes nuevos al equipo.</p> <p>DEBILIDAD: No vemos al compañero como un cliente interno.</p> <p>AMENAZA: Falta de diálogo.</p>
Dar prioridad y trabajar más en la prevención que en la corrección.	<p>FORTALEZA: Experiencia del grupo en afrontar dificultades.</p> <p>OPORTUNIDAD: Inquietud por minimizar el error.</p> <p>DEBILIDAD: Falta de planificación.</p> <p>AMENAZA: Falta de organización.</p>
Asumir y asegurar un compromiso de parte de todo el personal de la Organización, tanto directivo como operativo.	<p>FORTALEZA: Tenemos el compromiso de hacer guardias activas desde muchísimos años. Extrapolar ese compromiso a la gestión de calidad.</p> <p>OPORTUNIDAD: Apertura de algunos integrantes del equipo.</p> <p>DEBILIDAD: Comodidad en seguir como estamos.</p> <p>AMENAZA: Incertidumbre, inestabilidad del momento. Cambio de gobierno, cambio de director, cambio de jefes.</p>
Conocer y aplicar las herramientas del mejoramiento continuo.	<p>FORTALEZA: Gente capaz para aprender a utilizarlas.</p> <p>OPORTUNIDAD: Los integrantes nuevos utilizaron y conocen estas herramientas.</p> <p>DEBILIDAD: Pocas ganas de accionar.</p> <p>AMENAZA: Desconocimiento.</p>
Determinar los puntos básicos que es necesario tener en cuenta para poner en marcha un sistema de control de calidad.	<p>FORTALEZA: La conducción institucional muestra apoyo ante la iniciativa.</p> <p>OPORTUNIDAD: Capacidad del personal para reconocer el cambio como un beneficio, tanto para el laboratorio, como para sus propias tareas.</p> <p>DEBILIDAD: Cantidad de tiempo dedicado a estas actividades.</p> <p>AMENAZA: Complejidad de los cambios a</p>

	proyectar. Número de personas destinadas al proyecto.
Analizar e identificar los elementos principales de la organización que es preciso incorporar al sistema de calidad, incluidos la gestión y control de los procesos y procedimientos de los equipos.	FORTALEZA: Objetivos establecidos. OPORTUNIDAD: Planificar un área de calidad con los recursos humanos adecuados para la conducción del programa. DEBILIDAD: No existen políticas de calidad. No se dispone de voluntad ni compromiso económico del gobierno. AMENAZA: Sentimientos de persecución en los integrantes del equipo. No existen presiones externas que impulsen el proyecto.

CONCLUSIONES

Conflictos entre los miembros de un equipo son naturales. Las personas somos diferentes, el trabajo desafía y exige respuestas que son variadas, lo cual puede generar conflictos. Hay problemas de comunicación y estructura. Los conflictos pueden surgir por características del liderazgo, de diferencias culturales y de características personales de los integrantes del equipo.

Es importante mantener la visión que los conflictos abren posibilidades para analizar flujos de trabajo, las competencias y la composición de los equipos y las necesidades de la institución, que pueden llevar a cambios positivos.

Este trabajo fue realizado en un tiempo de constantes cambios, en un escenario que cambiaba constantemente, sin líder, por lo tanto sin rumbo claro.

A partir de enero 2013 la Dirección del hospital, designó un nuevo jefe del Laboratorio. En paralelo, la conducción del hospital comenzó a avanzar en acciones tendientes a implementar programas de calidad sobre todas las áreas de la institución. Se introducen un Comité de calidad formado por cinco profesionales (uno de ellos el nuevo jefe del Laboratorio), cuya primera acción fue la participación en un curso taller dictado por la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, del Ministerio de Salud de la Nación. El objetivo es formar a los integrantes del Comité como implementadores y replicadores de los Sistemas de Calidad en el Hospital Zonal Bariloche.

Respecto al equipo del Laboratorio del hospital, sus integrantes se encuentran realmente comprometidos hacia el servicio, a los pacientes y al resultado que se entrega. Solamente restaría seguir trabajando para afianzar el trabajo en equipo.

Para solucionar esta relación entre compañeros, resulta necesario fortalecer la confianza entre pares. Una importante acción en este sentido, resultará la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad, ya que si cada integrante del equipo realiza sus tareas específicas con calidad adecuada, proporcionando los resultados de su trabajo al siguiente compañero en la cadena (cliente interno) se reducirán los conflictos.

Otro aspecto sobre el que resulta necesario trabajar, es que el grupo perciba como cliente externo no solo al paciente, sino al resto de los integrantes del equipo de salud (médicos). Si bien es el paciente el beneficiario del sistema de salud, el producto que genera el laboratorio (resultados de análisis bioquímicos), requiere de la interpretación del médico para que realmente sea de utilidad clínica. Por lo tanto, se debe alcanzar no solo la confianza de los médicos en los resultados generados, sino la constitución de un verdadero equipo de trabajo.

Concluyo que no solo es factible la implementación de un Sistema de Gestión de Calidad en el Laboratorio Central del Hospital Zonal Bariloche, sino que resulta necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Guía del Curso de Gestión de Calidad para Laboratorios, de la Organización Panamericana de la Salud (Washington D.C. , 2005)

Evans J.R., Lindsay W. (2000). Administración y control de calidad. Thomson editores, Mexico.

Ishikawa K. (1986) ¿Qué es control total de calidad? Ed. Norma, Bogotá.

ISO/DIS 9000 (E). Quality Management systems, Fundamentals and vocabulary.

ISO/15189:2003. Laboratorios clínicos. Requisitos particulares relativos a la calidad y competencia.

Juran J. (2001) Manual de calidad. 5° Ed.- Mcgraw Hill

Niño H. V. & Barrera L. A. (1993) Garantía de calidad en laboratorio clínico.

OPS. (2002) Guía para la elaboración de manuales de acreditación de laboratorios clínicos para América Latina.