

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA
MAESTRÍA EN GERENCIA Y
ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE SALUD

**SISTEMA DE ASEGURAMIENTO DE
CALIDAD EN UN SERVICIO DE
OFTALMOLOGÍA**

TESIS DE MAESTRÍA

Para optar al título de:

**Magister en Gerencia y Administración en
Servicios de Salud**

Autor

Prof. Dr. Ivo Pušković*

Director

Académico Prof. Dr. Mgter. Miguel Manzur

Córdoba - 2013

* Médico Cirujano - Doctor en Medicina - Profesor Universitario para el Tercer Ciclo de E.G.B., Polimodal y Educación Superior en Medicina - Profesor Asistente (Int.), Cátedra de Medicina Preventiva y Social I, UNC - Profesor Titular (Int), Cátedra de Psicofarmacología I, Carrera de Especialización en Psiquiatría, Fundación Morra - Magister en Salud Pública - Especializado en Oftalmología - Especializado en Medicina Legal - Especializado en Medicina del Trabajo - Especializado en Toxicología Clínica - Especializado en Psiquiatría - Especializado en Clínica Médica - Egresado de la Carrera de Cine, Video & Televisión. Doctorando en Arte, con orientación en Artes Cinematográficas y Audiovisuales.

Tribunal de Tesis

Académico Prof. Dr. Mgter. Miguel Manzur

Prof. Dra. Nuri Gaspio

Mgter. Méd. Abelardo Rahal

*Agradezco profundamente a mi querido Maestro,
Académico Profesor Doctor Magister Miguel Manzur
el haberme brindado toda su capacidad científica, humana y
espiritual para la realización de esta Tesis de Maestría.*

Art. 23.- Ord. Rectoral 3/77 "La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor".

ÍNDICE

	pág.
Resumen.....	7
Summary.....	8
INTRODUCCIÓN.....	9
MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL.....	15
Antecedentes y planteo de la investigación.....	16
Objetivos.....	16
Enfoque la investigación.....	17
Material y métodos.....	17
Delimitación de la conceptualización de la calidad.....	18
Aspectos clave de la filosofía de la calidad.....	20
Los puntos de Deming.....	23
Las normas de calidad.....	27
Normas de la serie ISO 9000.....	29
DESARROLLO.....	33
El servicio como producto: aspectos generales.....	33
La producción de servicio.....	34
Esquema del Modelo de Gestión.....	34
El plan de calidad.....	35
Enfoque basado en procesos.....	36
Los momentos de verdad.....	51
La gestión de calidad del servicio.....	52
Las empresas prestadoras de salud.....	53
Factores que inciden en la prestación de un servicio de salud.....	61
La Relación Médico-Paciente.....	61
El Síndrome de Mobbing.....	73
El Síndrome de Burnout.....	79
La organización: Instituto de Oftalmología.....	87
Manual de calidad.....	95
CONCLUSIONES.....	212
BIBLIOGRAFÍA.....	214
ANEXOS.....	220
Glosario.....	220
Abreviaturas y Acrónimos utilizados en el Manual de Calidad.....	224
Diagrama de Flujo del Proceso Consulta Ambulatoria.....	225
Diagrama de Flujo del Proceso Quirúrgico.....	226

RESUMEN

En la actualidad, la población muestra una expectativa y una demanda crecientes en lo que respecta a recibir una buena calidad en servicios de atención médica. Esta realidad es percibida como una condición importante a satisfacer en el mercado por las instituciones que brindan algún tipo de servicio de salud y que buscan diferenciarse para captar más pacientes y mejores clientes (obras sociales, instituciones, etc.). Éstas empresas toman éste requisito como dato de entrada para sus procesos de modo tal que el paciente obtenga como resultado una prestación del servicio acorde a sus expectativas.

Ante esta realidad, no solo debe hacerse hincapié en el nivel de adecuación del equipamiento técnico y edilicio, sino también ser conscientes de que el factor humano y su organización, cumplen un rol muy importante.

Para que una organización de éste tipo, en el caso de la presente Tesis, una institución encargada de brindar un Servicio de Oftalmología, logre suministrar al paciente una buena calidad de servicio, debe existir una aplicación sistemática de la gestión por procesos enfocada principalmente al paciente. Si además existe una visión genuina de la productividad y del rendimiento de recursos, es posible alcanzar aun mayores beneficios.

SUMMARY

Today, the population shows an increasing expectation and demand to receive good quality health care services. This reality is seen as an important condition to satisfy in the market for institutions that provide some type of health service and a good way to attract more patients and better clients. Companies take this requirement as input to their processes so that the patients obtain as a result a service that meets their expectations.

Given this reality, not only a health care service should emphasize the appropriateness of the technical equipment and building conditions, but also be aware that the human factor and organization, play an important role.

For an organization of this type, in the case of this thesis, an institution which provides an Ophthalmology Service, in order to give patients a good quality service, there must be a systematic application of process management focused mainly in their needs. When there is also a genuine vision of productivity and efficiency of resources, it is possible to achieve even greater benefits.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día la población muestra una expectativa y una demanda crecientes en lo que respecta a recibir una buena calidad en servicios de atención médica.

Ésta realidad del mercado es percibida como una condición importante a satisfacer por las instituciones que brindan algún tipo de servicio de salud y que buscan diferenciarse para captar más pacientes, y mejores clientes (obras sociales, instituciones, etc.) Éstas empresas toman este requisito como dato de entrada para sus procesos de modo tal que el cliente obtenga como resultado una prestación del servicio acorde a sus expectativas.

Ante la presente realidad no solo debe hacerse hincapié en el nivel de adecuación del equipamiento técnico y edilicio, sino también ser conscientes de que el factor humano y su organización, cumplen hoy más que nunca un rol muy importante. Tal es así que en cualquier planteamiento de la Calidad, el punto de partida y el punto final debe ser el ser humano. Es importante entonces, “humanizar” los procesos o servicios relacionados con el aseguramiento y control de la calidad.¹

La calidad como la belleza o la bondad son conceptos primitivos, es decir, no pueden definirse a partir de otros. La calidad es también un término polisémico que supone acciones diferentes, tanto en el tiempo como en función de quién lo utilice y además en modo alguno es absoluto, ya que implica el necesario juicio de valor individual y colectivo y, por tanto, es algo relativo. La calidad asistencial estará presente en mayor o menor medida en nuestra práctica clínica.²

En consecuencia, el concepto de calidad debe ser integral, dinámico y holístico, fundamentándose en el compromiso del equipo humano. Esto se consigue cuando se tienen en cuenta las normas,

los procedimientos y las técnicas que satisfacen las expectativas del usuario.

La calidad es uno de los conceptos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. El estudio de la calidad en la asistencia sanitaria supone en la línea de nuestra argumentación abordajes diversos dado que entraña, tradicionalmente, significados distintos para los pacientes, profesionales y gestores. La calidad de los servicios sanitarios será el resultado de orientarse al cliente y conocer sus necesidades y expectativas, al tiempo que responderá igualmente a demandas contextuales, de hacer bien lo correcto, de la imagen de la organización que perciben los prestadores y receptores de los cuidados, de la definición del servicio atendiendo al cliente interno y externo y de la adecuada interacción entre ambos.³

Los profesionales habitualmente aportan una *perspectiva individual* de la calidad a su práctica clínica o de diagnóstico, su pretensión legítima no es otra que hacer lo correcto de manera correcta. También los pacientes aportan una *perspectiva individual*, al plantear como atributos de la asistencia de calidad la adecuada comunicación interpersonal con los profesionales, a los que exigen competencia técnica, a la vez que desean una accesibilidad conveniente a los servicios. Mientras, tanto la administración como las organizaciones sanitarias son más proclives a la *perspectiva comunitaria*, exigiendo en la prestación de los cuidados un adecuado rendimiento técnico, que sean satisfactorios para los pacientes y que su consecuencia sea la mejora del nivel de salud de la comunidad.

La calidad asistencial será entonces definida por la comunidad científica, por el profesional, el paciente y la sociedad.⁴

La *gestión clínica excelente* significa aplicar un Modelo de Calidad Total, lo que, a su vez, representa un proceso de cambio en el marco de la gestión del conocimiento de las organizaciones. Esto

se traduce, en el contexto operativo de una empresa de salud en lo siguiente:

- Dar una respuesta coherente con las necesidades de los clientes, mediante una correcta gestión de sus demandas.
- Conseguir la máxima satisfacción. Esto es, adecuar las percepciones a las expectativas de los clientes internos y externos.
- Que la dirección y los empleados se impliquen y corresponsabilicen, según su misión, en la gestión de la empresa de salud.
- Perseguir la mejora continuada en la producción o servucción (realizar servicios) de los procesos que realiza la empresa de salud y las organizaciones que la conforman.
- Que se evalúe la situación en cada una de las áreas que componen la empresa de salud o las organizaciones por separado.⁵

En el caso de un Instituto de Oftalmología la demanda de calidad no es ajena a la realidad altamente compleja y competitiva que viven en la actualidad las empresas de servicios de salud.

Para que una organización de este tipo logre suministrar al paciente/cliente una buena calidad de servicio, debe existir una aplicación sistemática de la gestión por procesos. Si además, existe una visión genuina de la productividad y del rendimiento de los recursos, es posible alcanzar aun mayores beneficios.⁶

El desarrollar e implementar una política de gestión de calidad presenta múltiples beneficios, como ser: menores costos, por el

mejor aprovechamiento de los recursos, tanto del equipo profesional como del resto del personal, como también de los insumos y de la infraestructura. De igual forma, se puede lograr que el paciente/cliente adquiera un mayor grado de satisfacción, estableciendo el mismo una evaluación orientativa del servicio recibido aportando conclusiones que luego afectarían en forma directa o indirecta la imagen de la organización en el mercado. Mas allá de la **“calidad recibida”**, juega un rol muy importante la **“calidad percibida”**.

Además, se puede mejorar la fluidez del proceso, debido a que se optimizan las tareas gracias a la adecuada sistematización y planificación de estas. Por lo que la institución puede aumentar planificadamente su oferta en el mercado y si esto se correspondiera con un aumento de la demanda del servicio, dicha organización puede afrontar esta variación sin inconvenientes, obteniendo de este modo un mayor beneficio para la institución ya que mejora sus ingresos manteniendo, y aun mejorando, la calidad del servicio.⁷

Las organizaciones donde se aplican acciones que involucran una actividad sistemática que tiende a dar garantía de que los procesos o servicios se realizan de una forma controlada y de acuerdo a las especificaciones, normas y procedimientos aplicables, adquieren más posibilidades de garantizar un servicio acorde a las pretensiones de la institución, como también del cliente. Estas acciones deben proveer la confianza adecuada de que el servicio cumplirá con los requisitos de calidad establecidos.

Como consecuencia, resulta conveniente una organización bien definida y con políticas de calidad objetiva, determinada desde la dirección y que involucren a todos los integrantes del servicio.⁸

Sistemas de calidad en los servicios de salud ¿Por qué? ¿Para qué?

La preocupación por la calidad en la asistencia sanitaria es tan antigua como el propio ejercicio médico. En todos los casos, buscar lo mejor para el paciente es la esencia del ejercicio, apareciendo el inseparable binomio Ética y Calidad.

Uno de los aportes más sustanciosos al estudio de la calidad asistencial se debe a Donabedian, quien recogiendo ese carácter multifactorial a que hacíamos referencia, identifica una serie de elementos que facilitan su análisis: (a) *componente técnico*, como expresión de la adecuación entre la asistencia que se presta y los avances científicos y la capacitación de los profesionales, lo que implica la ejecución de todos los procedimientos con destreza; (b) *componente interpersonal*, expresión de la importancia históricamente consensuada de la relación médico-paciente; y (c) *componente correspondiente al entorno*, como expresión de la importancia que tiene la asistencia el marco en el cual se desarrolla.⁹

Las nuevas tendencias en calidad asistencial se enmarcan dentro de la mejora continua, que pretende identificar oportunidades de mejora utilizando como herramientas fundamentales el rediseño o reingeniería de procesos (método que consiste en la revisión y rediseño radical de procesos para que la organización restablezca la manera de cubrir objetivos a niveles de coste, calidad, servicio y rapidez adecuados) y la orientación al paciente, garantizando la continuidad de los niveles asistenciales y de diagnóstico. Para ello, las decisiones clínicas se basaran en la evidencia científica en la medida de lo posible y la calidad formará parte de los objetivos prestacionales en todos los niveles de la organización destinada a la prestación de servicios médicos.¹⁰

La necesidad de utilizar normas de calidad se hace presente a mediados del siglo XIX cuando comienza a desarrollarse la producción en masa.

Las normas ISO serie 9000, han tenido una gran difusión y aplicación en todo el mundo.

Los sistemas de aseguramiento de la calidad más antiguos tenían mucho en común y en años recientes los países, más que las empresas, decidieron constituir sus propios modelos de normas para productos y servicios.

Cada país, estimuló sus negocios locales para que se utilizaran estos modelos cuando estableció sistemas de aseguramiento de calidad.

La desventaja radicaba que no se podía garantizar la calidad tal como se definía en un país, se adecuara a los requerimientos del otro. Por dicha causa comenzaron a adoptarse en muchos países modelos de normas similares.

Siendo la calidad hoy uno de los factores esenciales de la competencia en cualquier actividad, se ha generado la necesidad de implementar sistemas normalizados de aseguramiento de la calidad. Las normas ISO 9000 brindan el marco que permite evaluar razonablemente por parte de terceros la efectividad del sistema.

El aseguramiento de la calidad de los productos y servicios en los mercados internos e internacionales es hoy factor decisivo en la subsistencia de las empresas.¹¹

Nuestra propuesta de investigación parte de la necesidad de comprender la importancia de la satisfacción de nuestro cliente. Para ello es necesario reconocer sobre qué tipo de variables trabajaremos para proponer un sistema de aseguramiento de calidad a nuestros pacientes.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

ANTECEDENTES:

PLANTEO DE LA INVESTIGACIÓN:

- **Área de Investigación:**

Este trabajo se basa en los aportes de:

-Las Normas de Calidad, que brindan los fundamentos para establecer los procedimientos y las técnicas que satisfacen las expectativas del usuario.

-Las Ciencias Médicas y las Ciencias Biológicas, que otorgan el marco teórico para el análisis e implementación de las políticas de calidad.

-La Metodología de la Investigación, que ofrece las tácticas y estrategias para concretar la presente investigación.

OBJETIVOS

- Objetivo General:

- Desarrollar un modelo de Sistema de Calidad, de aplicación factible, para un Servicio de Oftalmología, basado en la Norma de Calidad adecuada de la serie IRAM IACC ISO 9000. La Garantía de Calidad es tomada como objetivo.

- Objetivos Específicos:

- Permitir a la empresa Clínica Oftalmológica S.A. lograr, mantener y mejorar continuamente la calidad de sus prestaciones en relación a los requisitos para la calidad establecidos.
- Lograr una imagen de excelencia en la producción del Servicio de Oftalmología que permita a la Institución ser competitiva desarrollando una actividad rentable y que satisfaga en forma óptima las expectativas y necesidades de sus clientes.
- Optimizar, mediante la aplicación de una herramienta de gestión de la producción, la calidad en la utilización de los recursos humanos, tecnológicos, económicos y financieros.

ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Investigación Bibliográfica

MATERIAL Y MÉTODOS

Selección de datos:

Fuentes: Bibliografía sobre *Aseguramiento de la Calidad en Servicios de Salud* publicada en cualquier idioma desde 1960, identificada utilizando MEDLINE, COCHRANE y EMBASE. Se identificaron otras referencias a partir de la bibliografía de artículos publicados.

Estrategia de búsqueda: Los términos clave de búsqueda en MEDLINE, COCHRANE y EMBASE fueron: Calidad - Servicio de Salud - Servicio de Oftalmología - Normas ISO - Sistemas de Calidad - Momento de verdad. La última actualización de las búsquedas se realizó el 20 de diciembre de 2011.

Selección: La realización de una prolija *revisión bibliográfica sistemática* ha permitido considerar diversas fuentes que evidencian aportes significativos para el presente trabajo.

Delimitación de la conceptualización de la Calidad

Cuando en la Introducción de la presente Tesis se ha hecho mención deliberada del término *calidad*, siempre ha sido asociándolo a la noción ostensible que la mayoría puede tener del concepto de que algo es de calidad cuando es bueno o está bien hecho. Sin embargo a los efectos de la gestión de la calidad resulta imprescindible considerar el concepto de calidad de manera que la misma sea calificable y cuantificable para caracterizar así a los procesos que dan como resultado un determinado producto o servicio.

Ahora bien, el propósito de la mayoría de las cuantificaciones y calificaciones de la calidad es determinar el grado o nivel al que el producto o servicio aspira llegar para satisfacción de su destinatario. En este sentido términos tales como *confiable*, *servicial* y *durable* se han tomado en ocasiones como sinónimos de la calidad de un producto o servicio. Pero los mismos son solo características individuales que en conjunto con otras constituyen la calidad del producto y del servicio. Es importante reconocer esta realidad puesto que el requisito clave para determinar lo que se entenderá por calidad exige un equilibrio económico entre tales características individuales.¹²

De acuerdo con la Filosofía de Deming, un precursor y pionero en el tema, puede tomarse el siguiente concepto de calidad:

*Calidad es la aptitud de un producto o servicio para satisfacer las necesidades y expectativas de los clientes desde el primer momento y para siempre a través de la mejora continua de los procesos que originan dichos productos/servicios.*¹³

En la realidad y en la práctica habitual, para un producto o servicio, Calidad implica “CUMPLIR CON LOS REQUISITOS”,

entendiendo como requisitos a los implícitos y explícitos del cliente y a los intrínsecos del proveedor y su organización.

Calidad total.

Para obtener este concepto tomemos como referencia física una empresa o institución independientemente de la actividad que desarrolle e imaginemos que está compuesta orgánicamente por áreas o sectores tales como administración, ingeniería, producción, ventas, marketing, etc. Estas áreas podrán estar compuestas por una o varias personas, e incluso algunas de ellas a cargo de una misma persona, en virtud de la magnitud de la empresa considerada. En estas áreas, como podrá notarse más adelante al tratar el diseño del Sistema de Aseguramiento de Calidad (SAC), se desarrollaran actividades cuyo resultado será utilizado en otras áreas, como si se tratase de un producto o servicio realizado por un *cliente interno* mediante una relación comercial convencional.

Al aplicar el concepto de Calidad a cada una de las áreas que componen el organigrama de la empresa tomada como referencia, y en particular a cada proceso o actividad llevado a cabo en ellas, puede arribarse al siguiente concepto para el termino Calidad Total:

Una FILOSOFÍA que coloca la CALIDAD como punto central de las actividades de la organización, diseminándola en las actividades de todos los recursos humanos empleados en la misma.¹⁴

En este proyecto serán aplicados estos conceptos a una empresa en particular: un Instituto de Oftalmología, con objetivos y políticas establecidos para prestar un Servicio Oftalmológico de Calidad.

Aspectos claves de la filosofía de la Calidad

Pueden adoptarse un conjunto mínimo e indispensable de principios básicos que sostiene la filosofía de la Calidad y en los cuales debe centrarse la atención de la Institución al emprender la tarea de asegurar la calidad de sus productos o servicios. Basados en *Orientación al cliente*, se resumen como sigue:

- El cliente es el activo más valioso de la empresa, es el motivo principal de su existencia y a él debe satisfacer. Cuando se reconoce esta premisa se aprecia la importancia de conservar al cliente.
- La búsqueda permanente de la satisfacción del cliente, brindándole capacidad operativa, contención y servicio más allá de un simple uso adecuado debe ser un objetivo que conlleve un conocimiento profundo del mismo.
- El éxito depende del compromiso y de la capacitación de todos y cada uno de los componentes humanos de la organización.
- Los clientes internos, es decir los sectores de la organización y su personal son tan importantes como los externos. Puede decirse que: *“como se sientan sus empleados será en última instancia como se sentirán sus clientes”*. El personal ya no produce el producto o servicio, sino que forma parte del mismo.
- La calidad debe ser evaluada y cuantificada objetivamente en términos económico-financieros por parte de la institución.

- La clave es contar con un cliente satisfecho para toda la vida institucional.¹⁵

Gestión de la Calidad.

*Es una forma de gestión de organismo, centrada en la calidad, basada en la participación de todos sus miembros, que apunta al éxito en el largo plazo a través de la satisfacción del cliente y a proporcionar beneficios para todos los miembros del organismo y para la sociedad.*¹⁶

Este concepto, consignado en la Norma I.R.A.M. I.A.C.C. I.S.O.-E 8402: 1994, involucra a todos los miembros de la organización, es decir RRHH de todos los niveles jerárquicos y sectores. También involucra al más alto nivel de la dirección, de quien exige un compromiso fuerte y permanente, que junto a una capacitación general y constante del personal de la institución son las herramientas indispensables para el éxito de ésta forma de gestión.

La gestión de la calidad opera mediante la aplicación de estos conceptos en todo el Sistema de Calidad implementado en un organismo.

Procesos claves de la Gestión de Calidad.

Pueden identificarse tres procesos fundamentales que, en base a un conjunto de objetivos, permiten el aseguramiento de la calidad. Ellos son:

- ***Planificación de Calidad:*** proceso de preparación para lograr los objetivos de la calidad. Tendrá como objetivo

determinar los clientes, las necesidades y expectativas, diseñar y elaborar productos y servicios que los satisfagan.

- **Control de Calidad:** permitirá lograr los objetivos de la calidad en el transcurso de las operaciones. Su objetivo principal será monitorear, medir, comparar y ajustar productos y servicios de acuerdo a lo planificado.
- **Mejoramiento de la Calidad:** permitirá cambios radicales hacia niveles superiores, no logrados anteriormente a la gestión de calidad. Eliminará procesos fracasados.¹⁷

La definición de Gestión de la Calidad también puede expresarse mediante la incorporación del concepto de Calidad Total de la siguiente forma: *“Conjunto de acciones que posibilitan administrar la organización con un enfoque de calidad total”*.

Dominio de los procesos.

Para lograr la Calidad es necesaria una actitud de Prevención implementada en un sistema. La misma comprende e identifica las posibilidades de error y toma las decisiones necesarias para eliminar las fallas potenciales antes de que las mismas ocurran.

La prevención opera en forma diferente a la inspección y es superior como actitud de trabajo. Esto se debe principalmente a que la inspección “necesita” que los problemas ocurran para actuar sobre ellos en cuanto a la solución.

Un sistema basado en la prevención permite que las actividades se realicen en forma correcta satisfaciendo completamente los requisitos de los clientes todas las veces, es decir, permite que las actividades repetitivas no pierdan por esto su eficacia. Esta forma de pensar en las actividades origina una norma

de trabajo, que debe ser transmitida desde la Dirección y que se conoce como **Cero Defecto**. El cero defecto es un concepto que, como primera medida, debe incluirse en la política de la empresa.¹⁸

Los Puntos de Deming

Para referirse, en forma sintética, a los conceptos que dieron origen a las primeras normas para el aseguramiento de la calidad, es oportuno conocer los conceptos medulares que han aportado uno de los pilares fundamentales a la concepción moderna de la Calidad como objetivo de una empresa proveedora de productos y servicios. Edward Deming fue un pionero en el tema y su pensamiento y sus criterios se hallan resumidos en los *Catorce puntos de Deming*.¹⁹

- 1. Ser constante en el propósito de mejorar los productos y los servicios.** La empresa no puede centrar todos sus esfuerzos solamente en ganar dinero, sino que debe perpetuarse en el negocio y proveer empleo por medio de la innovación, la investigación, la mejora continua y el mantenimiento.
- 2. Adoptar la nueva filosofía.** Es necesario concebir y adoptar una nueva forma de pensamiento y de acción en la que el negativismo sea inadmisible y los errores sean considerados una oportunidad clave para mejorar.
- 3. No depender más de la inspección masiva.** La empresa debe comprender que la calidad no se logra mediante la inspección como única herramienta, sino mediante le mejoramiento de los procesos. Con adecuada capacitación, los trabajadores pueden lograr la mejora continua.

- 4. Acabar con la práctica de adjudicar contratos de compra basándose exclusivamente en el precio.** Las áreas responsables de las compras suelen tener la costumbre de actuar sobre los pedidos en busca del proveedor que ofrezca el menor precio. Es decir, la calificación de los proveedores para la empresa se hace en función de una cuestión menor, pero mucho menos única: el precio del contrato. Con frecuencia esta conducta lleva a obtener suministros de escasa o nula calidad. Lo correcto es congeniar con el proveedor, para cada suministro, la forma de lograr la calidad en forma conjunta, y trabajar para ello en el largo plazo.
- 5. Mejorar continuamente el sistema de producción y de servicio.** El mejoramiento y la optimización no se logran de buenas a primeras, requieren un “tiempo de trabajo”. La dirección está obligada a buscar continuamente las maneras viables de reducir el desperdicio y mejorar la calidad.
- 6. Instituir la capacitación en el trabajo.** Con frecuencia los trabajadores han aprendido sus tareas de otro trabajador que nunca fue entrenado apropiadamente. Se ven obligados, muchas veces, a seguir instrucciones imposibles de entender. Esta situación, a lo largo del tiempo, ha llevado a los operarios de las empresas a cometer errores en sus funciones a causa de no conocer en forma pormenorizada las funciones que desempeña. Este escollo puede ser salvado con la Capacitación, ya que nadie puede hacer bien un trabajo sino sabe cómo.
- 7. Instituir el liderazgo.** La función de un supervisor no consiste en decirle a la gente que hacer o castigarla, sino orientarla. Orientar es ayudar a la gente a hacer mejor el trabajo y

conocer por medio de los métodos objetivos quien requiere ayuda individual.

8. **Desterrar el temor.** Muchos empleados temen hacer preguntas o asumir una posición frente a sus superiores aun cuando no entiendan en qué consiste lo que está bien o lo que está mal. Es decir, optan por continuar haciendo las cosas de manera incorrecta o por dejar de hacerlas. La pérdida económica originada por el temor es aterradora. Para obtener y mantener la Calidad y la Productividad es necesario que la gente involucrada se sienta segura.

9. **Derribar las barreras entre áreas de staff.** A menudo las áreas de personal, departamentos o secciones de una empresa, están compitiendo entre sí. No trabajan en equipo para resolver problemas o prevenirlos. Algunas veces las metas de un sector pueden llegar a interferir o causar problemas a otro/s. Esta división interna es nefasta para el crecimiento de la empresa.

10. **Eliminar los slogans.** Los slogans nunca le sirvieron a nadie para garantizar que está realizando un buen trabajo. Dejar que la gente establezca sus propios slogans puede ser mejor que tratar de identificarse con uno impuesto.

11. **Eliminar las cuotas numéricas.** Las cuotas solo toman en cuenta los números, no la Calidad ni los métodos. Por lo general constituyen una garantía de ineficiencia y altos costos. Para conservar su empleo, una persona trata de llenar su cuota a cualquier costo, son considerar el daño que esto le pueda ocasionar a la empresa.

12. *Derribar las barreras que impiden el sentimiento de orgullo que produce el trabajo bien hecho.* La gente está ansiosa por realizar un buen trabajo y se siente angustiada cuando no puede hacerlo. Sucede con mucha frecuencia que la actitud equivocada de los supervisores (supervisores mal orientados), la burocracia y los equipos defectuosos constituyan un obstáculo. Estas barreras que impiden el crecimiento deben derribarse.

13. *Establecer un vigoroso programa de educación y reentrenamiento.* La empresa desde su dirección hasta su menor nivel jerárquico debe someterse a un entrenamiento planificado para incorporar eficientemente el empleo de los nuevos métodos, incluyendo el trabajo en equipo e interdisciplinario y las técnicas estadísticas.

14. *Tomar medidas para lograr la transformación.* Será requisito contar con un equipo de ejecutivos (de primera línea) capaces y entrenados con un plan de acción para llevar a cabo la misión en pro de la Calidad. Los trabajadores en general no están en condiciones de hacerlo por su propia cuenta, tampoco los gerentes.

Debe existir, o generarse, un número crítico (o masa crítica) de personas que trabajan en la empresa que entienda los 14 puntos, los obstáculos y las *7 Enfermedades Mortales: apatía, mala voluntad, indiferencia, desprecio, automatización, apego total a las reglas, excusas.*

Las normas de Calidad

Síntesis histórica.

El acontecimiento de la Segunda Guerra Mundial impuso a las fuerzas aéreas de EE.UU., por motivos casi obvios, la necesidad de desarrollar industrialmente elementos, instrumental y equipamiento de calidad creciente, o al menos constante. Para atender a este requerimiento, la primera medida fue la emisión de las Normas Z1, posteriormente incorporadas por Inglaterra bajo la denominación de BS 1008. A su vez, la normativa Z1 dio origen, en 1963, al cuerpo de Normas MIL.Q 9858 A de EE.UU. De esta forma se dio el primer paso hacia la normalización de la calidad en el mundo.

Luego, conforme a la experiencia y a la evolución de los conceptos, cada nación ha ido elaborando su propia normativa de calidad. Por ejemplo, Canadá emitió las normas CSA Z 299, la empresa KWU logro por su parte las QSP 4A15B. El American Institute desarrollo la especificación API Spec. Q1. Posteriormente, empresas petroleras como Pedevesa, Petrobas e YPF, desarrollaron sus propias normas al respecto, tratando de coordinar sus requerimientos con vistas al mercado común. Actualmente YPF ha adoptado la Normativa de la Serie ISO 9000 para sí y para sus proveedores.²⁰

La *Comunidad Económica Europea*, exige a todos los proveedores el cumplimiento de las Normas de la serie ISO 9000, emitidas por la *International Standard Organization*. Por último, en la Argentina hacia 1994, las Normas ISO 9000, 9001, 9002, 9003, 9004 y 8402 han sido adoptadas y traducidas por IRAM en el cuerpo de normas que se conoce como IRAM IACC ISO E 9000-1:1994, 9001:1994, 9002:1994, 9003:1994, 9004-1: 1994, 9004-2:1994 y 8402:1994.

Las Normas de Calidad y las especificaciones.

Las normas resultan una verdadera bibliografía de recopilación histórica al alcance todos donde yacen los avances tecnológicos consolidados y la experiencia recogida, para proveer las bases del progreso futuro. Esta realidad hace que, generalmente, las normas no sean tan avanzadas técnicamente como los documentos de requisitos que no han sido sometidos al acuerdo consensual. De este modo, las normas que establecen requisitos mínimos deben ser cumplidas por quienes adhieren a ellas. Las normas definen y establecen el **QUÉ** pero no el **CÓMO**, quedando esto último a cargo de quienes las interpretan para implementarlas.

Estos documentos de requisitos representan el concepto de acuerdo consensual. Como también sucede con los códigos, los técnicos, los expertos e industriales son convocados para cumplir con las normas con las que cada uno puede o no estar de acuerdo, y proceder en consecuencia. A partir de este acuerdo, el documento consensual o norma es editado y emitido luego por el organismo promotor. El uso de la norma puede ser impuesto por el comprador al vendedor mediante una relación contractual o simplemente por imposición del mercado. Resulta claro que existen presiones para que las normas sean aceptadas y se cumplan. Una de ellas es la presión del acuerdo consensual de la industria, y la otra es la presión de la competencia en el mercado.

Puede pensarse creer el concepto de que si una determinada empresa no adopta una norma específica es porque no tiene capacidad para cumplir los requisitos que la misma establece. En consecuencia, sus productos o servicios merecerán menor confianza en el mercado frente a aquellos de los que acreditan cumplir con la norma. El cumplimiento de la norma se transforma así en un fuerte argumento de potenciación de las ventas. Una empresa que acredita el cumplimiento de las normas IRAM apropiadas a su caso, está

generando en el mercado consumidor una preferencia que parte de la confianza que la mención del ente normalizador puede imprimir en los clientes, aun cuando la mayoría de ellos no conozca las normas aplicadas.²¹

Normas de la Serie ISO 9000

La calidad de los servicios y productos es la clave para lograr competitividad tanto en los mercados locales como los globales. Esta razón, entre otras, ha originado un fuerte interés por la Calidad y por los medios para su gestión y garantía en los países industrializados y en desarrollo.

Las ya mencionadas normas de la Serie ISO 9000, que han sido incorporadas en nuestro país como se indico anteriormente, ya han sido consideradas y adoptadas por más de ochenta países en el mundo. Las normas ISO 9000 han sido aplicadas por más de 180.000 empresas y en la actualidad proveen un modelo mundialmente aceptado para los Sistemas de Gestión de la Calidad. Asimismo, el rápido aumento del número de empresas que adoptan estas normas ha originado un incremento en el número de clientes que exigen a sus proveedores su aplicación de las normas respectivas. Puede pensarse en una condición a cumplir cada vez más imprescindible.²²

Para subsistir en el ambiente económico actual y proponerse objetivos de progreso, los proveedores de productos/servicios deben aplicar estas normas y preferentemente mostrar a sus clientes que las están aplicando con éxito mediante una *Certificación de Calidad*, oportunamente emitida por un organismo auditor competente en la materia. Los principales beneficios potenciales de emprender la aplicación de ISO 9000 son:

- Mayor grado de **satisfacción del cliente y motivación del personal.**
- Reducción de costos.
- Sistematización de los procesos.
- Aumento de la competitividad.
- Mejora continua a partir de los resultados de las auditorías.
- Eliminación/reducción de auditorías de clientes (Garantía de Calidad).
- Mayor conocimiento de los procesos del negocio.
- Importante argumento de marketing.

Constitución documental de las normas ISO 9000.

Las normas ISO 9000-9003 son normas que establecen diferentes *Modelos de Aseguramiento de la Calidad* y representan tres formas distintas de capacidad funcional y organizativa adecuada para una situación contractual entre dos partes. A continuación observaremos los principales aspectos de las mismas.

- **ISO 9000:** *Normas para la gestión de la Calidad y el Aseguramiento de la Calidad.* Esta norma presenta indicaciones para la adaptación y la selección del modelo apropiado de aseguramiento de la calidad entre los establecidos en la ISO 9001, 9002 y 9003.²³

- **ISO 9001:** Esta norma fue emitida para su uso cuando la conformidad ante los requisitos especificados debe ser asegurada por el proveedor (del producto o servicio) desde la verificación de su propia capacidad para cumplir con las condiciones del contrato o la orden de compra, y hasta el asesoramiento postventa, pasando por el diseño y desarrollo, la producción, transporte e instalación. Esta norma debiera ser aplicada por todas las empresas que diseñan sus productos.²⁴

En el desarrollo de este proyecto ha sido considerada la Norma IRAM IACC ISO E 9001:1994 que brinda estructura al diseño del Sistema de Calidad y lo hace certificable. Esta norma puede identificarse en la literatura por el siguiente título:

<p>IRAM – IACC – ISO E 9001:1994 SISTEMAS PARA EL ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD EN DISEÑO Y DESARROLLO, PRODUCCIÓN, INSTALACIÓN Y SERVICIO</p>

- **ISO 9002:** *Sistemas de Calidad – Modelo para el aseguramiento de la Calidad en la producción y la instalación.* Aplicable cuando la conformidad con los requisitos especificados ha de ser asegurada por el proveedor durante la producción y la instalación.
- **ISO 9003:** *Sistemas de la Calidad – Modelo para el aseguramiento de la Calidad en la inspección y los ensayos finales.* Aplicable cuando la conformidad con los requisitos especificados ha de ser asegurada por el proveedor únicamente durante la inspección y ensayos finales.

Cabe tener en cuenta que los requisitos del Sistema de la Calidad recogidos en las normas ISO 9001, 9002 y 9003 son

complementarios y no constituyen una alternativa de los requisitos técnicos del producto o servicio especificados.

- **ISO 9004-1 y 9004-2:** Brindan guías sobre la *Gestión de la Calidad* y los elementos del sistema de la calidad. No están destinadas a usos contractuales, regulatorios o para certificación.²²

DESARROLLO

El servicio como producto

Aspectos generales.

Cuando en la Introducción de la presente Tesis se fijó la hipótesis de una empresa genérica para arribar al concepto de Calidad Total se había pensado en un organismo compuesto por sectores o áreas relacionados entre sí de tal manera que constituyan un *Sistema de Producción*.

Identificar a la empresa con un **sistema de producción** obedece básicamente a la interpretación real y concreta que tiene las palabras utilizadas para denominarla. Es decir, una empresa es un sistema en tanto cumple con tal definición, puesto que podemos identificar claramente en la misma una estructura determinada de componentes funcionales combinados y relacionados de tal manera que admiten una o varias **entradas** y, de acuerdo con un conjunto de objetivos establecidos, originan una o varias **salidas**.

Una empresa es un **sistema de producción** en tanto puede tomarse a la *productividad* como el **objetivo** fundamental que actúa, al ser logrado, como factor vital del logro de la mayoría de los demás propósitos que puedan conseguirse al crear una empresa.²⁵

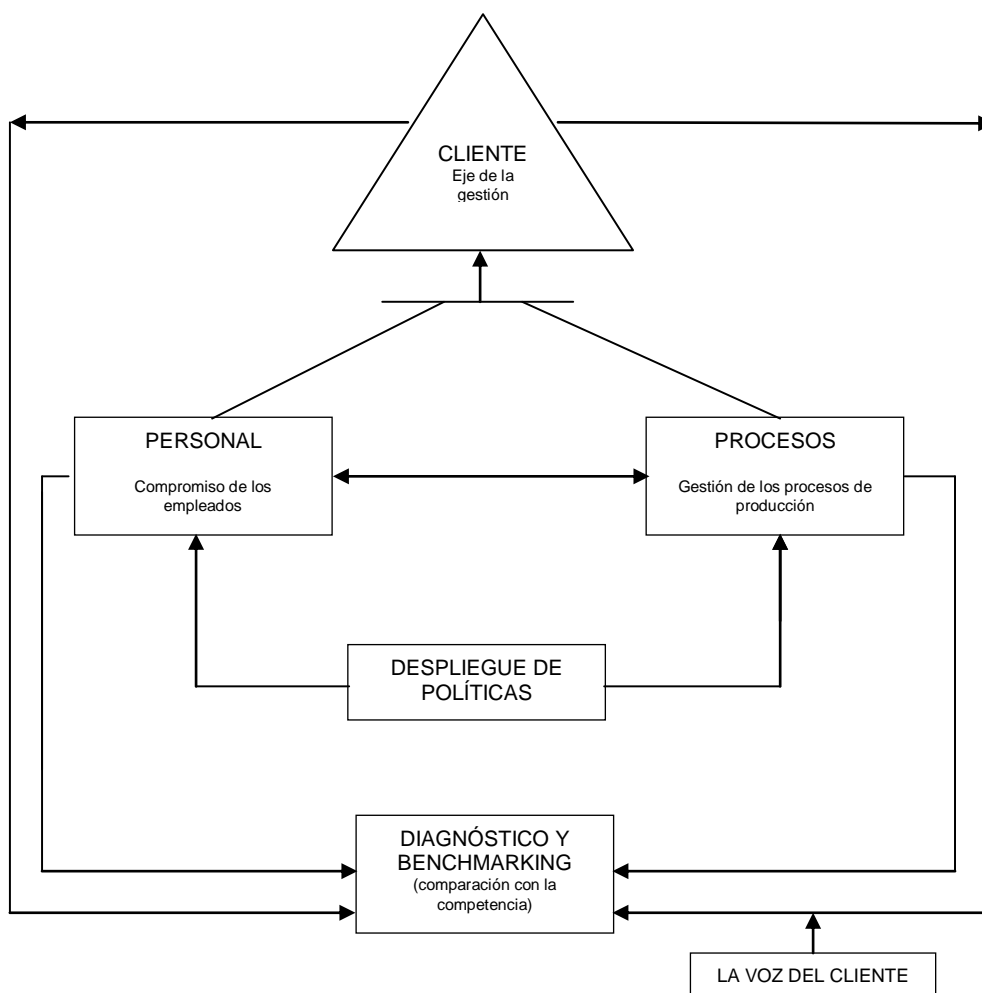
Una empresa es, entonces, el *sistema productivo* cuyos objetivos son influidos por la sociedad donde el mismo está inserto, los mismos se llevan a cabo bajo el mando de una Dirección y cuyos resultados o “salidas” pueden ser productos o servicios que satisfacen necesidades. Es en este sentido que *el servicio puede ser tomado como producto*, y hablar solamente de productos en forma indistinta para ambos tipos de salida del sistema de producción. Por ello se observara que frecuentemente se utilizan los términos “*servicio producido*” en lugar de “*servicio prestado*”, con el mismo

significado, durante el desarrollo del Sistema de Calidad. No obstante, quepan consideraciones que se realizaran a continuación respecto de la calidad en los servicios.

La producción del servicio

Para aproximarnos a la producción del servicio en términos de Calidad, que es el objeto, hemos de considerar el siguiente modelo de gestión que muestra macroscópicamente lo que debe suceder en el sistema de producción:

Esquema del Modelo de Gestión



El Plan de Calidad

A partir del modelo presentado y con plena conciencia de los resultados que pueden obtenerse mediante la Gestión de la Calidad por parte de todos los involucrados en la organización, se deberá proceder a la preparación de un Plan de Calidad con actividades concretas. Las actividades que se llevan a cabo en un Plan de Calidad son las siguientes:

- *Medición del nivel interno y externo de satisfacción:* la satisfacción debe cubrir las expectativas de todos los involucrados, tanto clientes como personal de la institución y sectores de la sociedad relacionados. Para ello debe detectar fallas en las actividades que desarrolla mediante un programa de encuestas o recolección y tratamiento de quejas mediante el “libro de quejas”.
- *Determinación de las áreas estratégicas de mejoras:* una vez detectadas las fallas se deben identificar las causas y el origen de las mismas para implementar las acciones correctivas de mayor impacto en el resultado de cada caso posible.
- *Priorizar las mejoras:* mediante el impulso de todas aquellas actividades que posean como propósito la solución de problemas detectados, invitando a todo el personal de la organización a tomar parte comprometida de estas actividades.
- *Medición de efectividad:* en este caso se trata de lograr un feedback o retroalimentación desde el sector externo de la organización: el cliente y recabar resultados observados por

el personal de la organización, indicativos de la efectividad de las mejoras realizadas en el organismo.

- *Control de los procesos:* a través de un supervisado continuo del desarrollo de las actividades realizadas en la organización, verificando que se realizan de acuerdo a como fueron diseñadas. Cabe destacar que el personal involucrado en actividades específicas tendrá alta injerencia en el diseño y control.²⁶

Enfoque basado en procesos

La norma ISO 9001:2000 promueve la adopción de un enfoque basado en procesos cuando se desarrolla, implementa y mejora la eficacia de un sistema de gestión de la calidad, para aumentar la satisfacción del cliente, mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Con el fin de conducir y operar una organización en forma exitosa se requiere que esta dirija y controle en forma sistemática y transparente. Se puede lograr el éxito implementando y manteniendo un sistema de gestión que este diseñado para mejorar continuamente su desempeño mediante la consideración de las necesidades de todas las partes interesadas. La gestión de una organización comprende la gestión de la calidad entre otras disciplinas de gestión.

Se han identificado ocho principios de gestión de la calidad como un marco de referencia hacia la **mejora del desempeño de una organización**. Su objetivo es servir de ayuda para que las organizaciones logren un éxito sostenido. La adopción de un sistema de de gestión de la calidad debería ser una decisión estratégica que tome la alta dirección de la organización. Su diseño e implementación estarán influenciados por diferentes necesidades,

objetivos particulares, los productos que proporciona, los procesos que emplea y el tamaño y estructura de la organización.

El propósito de una organización es:

- Identificar y satisfacer las necesidades y expectativas de sus clientes y otras partes interesadas (empleados, proveedores, propietarios, sociedad) para lograr ventaja competitiva y para hacerlo de una manera eficaz y eficiente.
- Obtener, mantener y mejorar el desempeño global de una organización y sus capacidades.

La aplicación de los principios de la gestión de la calidad no solo proporciona beneficios directos que también hace una importante contribución a la gestión de costos y riesgos, son importantes para la organización, sus clientes y otras partes interesadas. Estas consideraciones, en relación con el desempeño global de la organización, pueden tener impacto sobre:

- La fidelidad del cliente.
- La reiteración de negocios y referencia o recomendación de la empresa.
- Los resultados operativos, tales como los ingresos y participación de mercado.
- Respuestas rápidas y flexibles a las oportunidades de mercado.
- Costos y tiempos de ciclos mediante el uso eficaz y eficiente de los recursos.

- Alineación de los procesos que mejor alcanzan los resultados deseados.
- Ventaja competitiva, mediante capacidades mejoradas de la organización.
- Comprensión y motivación de las personas hacia las metas y objetivos de la organización, así como participación en la mejora continua.
- Confianza de las partes interesadas en la eficacia y eficiencia de la organización, según demuestren los beneficios financieros y sociales del desempeño, ciclo de vida del producto y reputación de la organización.
- Habilidad tanto para crear valor tanto para la organización como para sus proveedores mediante la optimización de costos y recursos, así como flexibilidad y velocidad de respuesta acordada conjuntamente a mercados cambiantes.²⁷

Para asegurar la calidad técnica y profesional que se brinda en un Servicio de Salud y en un Servicio de Oftalmología, será necesario tener en cuenta principios que establece la norma ISO 9000:2000 en la que se presentan ocho principios que sientan las bases de un sistema de gestión de calidad.²³

Estos principios marcan un equilibrio entre el número de principios relacionados a los actores del sistema (líder, personal, cliente y proveedor) y los relacionados con el sistema propiamente dicho.

Principio 1 – Organización enfocada en el cliente.

“Las organizaciones dependen de sus clientes y por lo tanto deben comprender sus necesidades actuales y futuras, deben cumplir con sus requerimientos y esforzarse por exceder las expectativas de los clientes”.

Dirigir y operar una organización con éxito requiere gestionarla de una manera sistemática y visible. El éxito debería ser el resultado de implementar y mantener un sistema de gestión que sea diseñado para mejorar continuamente la eficacia y eficiencia del desempeño de la organización mediante la consideración de las necesidades de las partes interesadas.

La alta dirección debería establecer una organización orientada al cliente mediante:

- a) La definición de sistemas y procesos claramente comprensibles, gestionables y mejorables, en lo que a eficacia y eficiencia se refiere, y
- b) asegurándose de una eficaz y eficiente operación y control de los procesos, así como de las medidas y datos utilizados para determinar el desempeño satisfactorio de la organización.

Ejemplos de actividades útiles para establecer una organización orientada al cliente son:

- Definir y promover procesos que lleven a mejorar el desempeño de la organización,
- Adquirir y utilizar información y datos del proceso de manera continua,

- Dirigir el proceso hacia la mejora continua, y
- Utilizar métodos adecuados para evaluar la mejora del proceso, tales como auto evoluciones y revisiones por parte de la dirección.

Principio 2 – Liderazgo.

“Los líderes establecen la unidad de propósito y orientación de la organización. Ellos deben crear y mantener el ambiente interno en el cual los colaboradores pueden llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización”.

Esto implica, liderazgo, compromiso y la participación activa de la alta dirección, son esenciales para desarrollar y mantener un sistema de gestión de la calidad eficaz y eficiente para lograr beneficios para todas las partes interesadas. Para alcanzar estos beneficios es necesario establecer, mantener y aumentar la satisfacción del cliente. La alta dirección debería considerar acciones tales como

- Establecer una visión, políticas y objetivos estratégicos coherentes con el propósito de la organización,
- Liderar la organización con el ejemplo, con el fin de desarrollar confianza entre el personal,
- Comunicar la orientación de la organización y los valores relativos a la calidad y al sistema de gestión de la calidad,
- Participar en proyectos de mejora en la búsqueda de nuevos métodos, soluciones y productos,

- Obtener directamente retroalimentación sobre la eficacia y eficiencia del sistema de gestión de la calidad,
- Identificar los procesos de realización del producto que aportan valor a la organización,
- Identificar los procesos de apoyo que influyen a la eficacia y eficiencia de los procesos de realización,
- Crear un ambiente que promueva la participación activa y el desarrollo del personal, y
- Proveer la estructura y los recursos necesarios para apoyar los planes estratégicos de la organización.

La alta dirección debería definir también métodos para medir el desempeño de la organización con el fin de determinar si se han alcanzado los objetivos planificados.

Principio 3 – Participación del personal.

“El personal, a todos los niveles, es la esencia de una organización y su total compromiso posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización”.

Esto implica que la dirección debería mejorar tanto la eficacia como la eficiencia de la organización, incluyendo el sistema de gestión de la calidad, mediante la participación y el apoyo de las personas. Como ayuda en el logro de sus objetivos de mejora de desempeño, la organización debería promover la participación y el desarrollo de su personal.

- Proporcionando formación continua y la planificación de carrera,
- Definiendo sus responsabilidades y autoridades,
- Estableciendo objetivos individuales y de equipo, gestionando el desempeño de los procesos y evaluando los resultados,
- Facilitando la participación activa en el establecimiento de objetivos y la toma de decisiones,
- Mediante reconocimientos y recompensas,
- Facilitando la comunicación de información abierta y en ambos sentidos,
- Revisando continuamente las necesidades de su personal,
- Creando las condiciones para promover la innovación,
- Asegurando el trabajo en equipo eficaz,
- Comunicando sugerencias y opiniones, utilizando mediciones de la satisfacción del personal, e
- Investigando las razones por las que el personal se incorpora a la organización y se retira de ella.

La dirección debería asegurarse de que dispone de la competencia necesaria para la operación eficaz y eficiente de la organización, como así también debería considerar el análisis tanto de las necesidades de competencia presentes como de las

esperadas en comparación con la competencia ya existente en la organización.

La consideración de necesidades de competencia incluye fuentes tales como:

- Demandas futuras relacionadas con los planes y los objetivos estratégicos y operacionales,
- Anticipación de las necesidades de sucesión de la dirección y de la fuerza laboral,
- Cambios en los procesos, herramientas y equipos de la organización,
- Evaluación de la competencia individual del personal para desempeñar actividades definidas, y
- Requisitos legales, reglamentarios y normas que afecten a la organización y a sus partes interesadas.

Principio 4 – Enfoque basado en procesos.

“Un resultado deseado se logra más eficientemente cuando las actividades y los recursos relacionados se manejan como un proceso”.

Para que una organización funcione de manera eficaz y eficiente, tiene que identificar y gestionar numerosas actividades relacionadas entre sí. Una actividad que utiliza recursos, y que se gestiona con el fin de permitir la transformación de entradas (*inputs*) en salidas (*outputs*), se puede considerar como un proceso.

A menudo la salida de un proceso forma directamente la entrada del siguiente proceso. La identificación y gestión sistemática de los procesos empleados en la organización y en particular las interacciones entre tales procesos se conocen como “enfoque basado en procesos”.

Promover la adopción de un enfoque basado en procesos para el desarrollo, implementación y mejora de la eficacia y eficiencia de un sistema de gestión de la calidad, se intenta con el fin de alcanzar la satisfacción de las partes interesadas mediante el cumplimiento de sus requisitos.

Una ventaja del enfoque basado en procesos es el control continuo que proporciona sobre los vínculos entre los procesos individuales dentro del propio sistema de procesos, así como sobre su combinación e interacción.

Un enfoque de este tipo, cuando se utiliza en un sistema de gestión de la calidad, enfatiza la importancia de:

- a) La comprensión y el cumplimiento de los requisitos,
- b) La necesidad de considerar los procesos en términos del valor que aportan,
- c) La obtención de resultados del desempeño y eficacia de los procesos, y
- d) La mejora continua de los procesos con base en mediciones objetivas.

Principio 5 – Enfoque de Sistemas para la Gestión.

“Identificar, entender y gestionar los procesos interrelacionados como un sistema, contribuye a la eficacia y eficiencia de una organización en el logro de sus objetivos”.

Un enfoque para desarrollar o implementar un sistema de gestión de la calidad comprende diferentes etapas tales como:

- a) Determinar las necesidades y expectativas de los clientes y de otras partes interesadas,
- b) Establecer la política y objetivos de la calidad de la organización,
- c) Determinar los procesos y las responsabilidades necesarias para el logro de los objetivos de la calidad,
- d) Determinar y proporcionar los recursos necesarios para el logro de los objetivos de la calidad,
- e) Establecer los métodos para medir la eficacia y la eficiencia de cada proceso,
- f) Determinar los medios para prevenir no conformidades y eliminar sus causa,
- g) Establecer y aplicar un proceso para la mejora continua del sistema de gestión de la calidad.

Un enfoque similar es también aplicable para mantener y mejorar un sistema de gestión de la calidad ya existente.

Una organización que adopte el enfoque anterior genera confianza en la capacidad de sus procesos y en la calidad de sus productos, y proporciona una base para la mejora continua. Esto puede conducir a un aumento de la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas y al éxito de la organización.

Principio 6 – Mejoramiento Continuo.

“La mejora continua del desempeño global de la organización debe ser un objetivo permanente de esta”.

La mejora continua del sistema de gestión de la calidad es incrementar la probabilidad de aumentar la satisfacción de los clientes y de otras partes interesadas. Las siguientes son acciones destinadas a la mejora:

- a) Análisis y evaluación de la situación existente para identificar áreas para la mejora,
- b) El establecimiento de los objetivos para la mejora,
- c) La búsqueda de posibles soluciones para lograr los objetivos,
- d) La evaluación de dichas soluciones y su selección,
- e) La implementación de la solución seleccionada,
- f) La medición, verificación, análisis y evaluación de los resultados de la implementación para determinar que se han alcanzado los objetivos,
- g) La formalización de los cambios.

Los resultados se revisan, cuando es necesario, para determinar oportunidades adicionales de mejora. De esta manera. La mejora es una actividad continua. La información proveniente de los clientes y otras partes interesadas, las auditorias, y la revisión del sistema de gestión de la calidad pueden, asimismo, utilizarse para identificar oportunidades para la mejora.

Para asegurar el futuro de la organización y la satisfacción de las partes interesadas, la dirección debería crear una cultura que implique a las personas de manera activa en la búsqueda de oportunidades de mejora del desempeño de los procesos, las actividades y los productos.

Para implicar a las personas, al alta dirección debería crear un ambiente en el que se delega la autoridad de manera que se dota a las personas de autoridad y estas aceptan la responsabilidad de identificar oportunidades en las que la organización pueda mejorar su desempeño. Esto puede conseguirse mediante actividades como las siguientes:

- Estableciendo objetivos para las personas, los proyectos y para la organización,
- Comparando el desempeño de la organización con respecto al de la competencia y con respecto a las mejores prácticas,
- Reconociendo y recompensando la consecución de mejoras, y
- Mediante esquemas de sugerencias que incluyan reacciones puntuales de la gestión.

Para proporcionar una estructura para las actividades de mejora, la alta dirección debería definir e implementar un proceso

para la mejora continua que pueda aplicarse a la realización y apoyo de los procesos y las actividades.

Para asegurar la eficacia y eficiencia del proceso de mejora, deberían considerarse los procesos de realización y de apoyo en términos de:

- Eficacia (por ejemplo, resultados que cumplen los requisitos),
- Eficiencia (por ejemplo, recursos por unidad de tiempo o dinero),
- Efectos externos (por ejemplo, cambios legales y reglamentarios),
- Debilidades potenciales (por ejemplo, falta de capacidad y consistencia),
- La oportunidad de emplear métodos mejores,
- Control de cambios planeados y no planeados, y
- Medida de los beneficios planeados.

Dicho proceso para la mejora continua debería utilizarse como una herramienta para mejorar la eficacia y la eficiencia internas, así como para mejorar la satisfacción de los clientes y de las otras partes interesadas.

La dirección debería emprender actividades de mejora continua escalonada integradas en los procesos existentes, así como oportunidades de iniciativa, con el fin de conseguir el máximo beneficio para la organización y para las partes interesadas.

Principio 7 – Enfoque basado en hechos para la toma de decisiones.

“Las decisiones eficaces se basan en el análisis de los datos y la información”.

Basarse en el análisis de datos obtenidos a partir de medidas e información recopilada. En este contexto, la organización debería analizar los datos de sus diferentes fuentes tanto para evaluar el desempeño frente a los planes, objetivos y otras metas definidas, como para identificar áreas de mejora incluyendo posibles beneficios para las partes interesadas.

Las decisiones basadas en hechos requieren acciones eficaces y eficientes tales como:

- Métodos de análisis validos,
- Técnicas estadísticas apropiadas, y
- Tomar decisiones y llevar a cabo acciones basadas en los resultados de análisis lógicos, en equilibrio con la experiencia y la intuición.

El análisis de los datos puede ayudar a determinar la causa de los problemas existentes o potenciales y por lo tanto proporciona una guía efectiva acerca de las acciones correctivas y preventivas necesarias para la mejora.

La información y datos de todas las partes de la organización deberían integrarse y analizarse para evaluar eficazmente el desempeño global de la organización. El desempeño global de la organización debería presentarse en un formato adecuado para los diferentes niveles de la organización.

Principio 8 – Relaciones mutuamente beneficiosas con el proveedor.

“Una organización y sus proveedores son interdependientes, y una relación mutuamente beneficiosa aumenta la capacidad de ambos para crear valor”.

Establecer las relaciones con los proveedores y los aliados de negocios para promover y facilitar la comunicación con el objetivo de mejorar mutuamente la eficacia y eficiencia de los procesos que crean valor.

- Optimizando el numero de proveedores y de los aliados de negocios,
- Estableciendo comunicación en ambos sentidos en los niveles apropiados en ambas organizaciones para facilitar la solución rápida de problemas y evita retrasos y disputas costosos,
- Cooperando con proveedores en la validación de la capacidad de sus procesos,
- Dando seguimiento a la habilidad de los proveedores para entregar productos conformes con el objetivo de eliminar verificaciones redundantes,
- Alentando a los proveedores a implementar programas de mejoras continua del desempeño y a participar en otras iniciativas conjuntas de mejora,
- Involucrando a los proveedores en las actividades de diseño y desarrollo de la organización para compartir el conocimiento y

mejorar eficaz y eficientemente los procesos de realización y entrega de productos conformes,

- Involucrando a los aliados de negocios en la identificación de necesidades de compra y en el desarrollo de estrategias conjuntas, y
- Evaluando, reconociendo y recompensando los esfuerzos y los logros de los proveedores y de los aliados de negocios.²³

Los momentos de verdad

Un momento de verdad es ese preciso instante en que el cliente se pone en contacto con la institución y, sobre la base de este contacto, se forma una opinión acerca de la calidad del servicio y virtualmente de la calidad del producto.

Algunas características del momento de verdad son:

- El momento de verdad no es positivo o negativo en sí mismo, sino que de acuerdo a la forma en que se maneje ese encuentro, lo convierte en una experiencia positiva o negativa para el cliente.
- Un momento de verdad no significa necesariamente contacto humano.

Para descubrir cuáles serán los momentos de verdad, debemos enlistar los encuentros breves que los clientes tienen con cualquier aspecto de la institución. Siempre desde la perspectiva observadora del cliente y de su experiencia en el contacto. La lista será larga, se busca una secuencia lógica y luego se identifica

aquellos encuentros en los cuales somos responsables. La mejor forma de implementar esto es creando un ciclo de servicio.

El ciclo de servicio es simplemente el mapa de los momentos de verdad, a medida que los va experimentando el cliente.²⁹

La gestión de calidad del servicio

La calidad de servicio es la divergencia entre el servicio esperado y el servicio recibido. La divergencia como parámetro que mide la calidad de servicio se emplea de la siguiente forma:

Expectativas	Calidad
No alcanzadas	Inaceptable
Alcanzadas	Satisfactoria
Superadas	Ideal

De esta manera, según la tabla anterior, calificamos la calidad de servicio según en qué grado se cumple con las expectativas que el cliente tiene del mismo

Las divergencias surgen de las expectativas que el cliente tiene del servicio a recibir y su percepción del servicio recibido. Las expectativas del cliente surgen de sus propias necesidades, de las experiencias anteriores que tuvo del uso del servicio, de la comunicación informal con otros usuarios del servicio y de la comunicación misma con quien le está brindando el servicio. Ya que el cliente tiene una idea preconcebida del servicio que espera recibir, cuando este contrata el mismo usa este servicio tiene una percepción distinta de su expectativa, la cual genera divergencias entre lo esperado y lo ofrecido y esta diferencia es la indicadora de la calidad del servicio.

Debemos recordar que la calidad de servicio es cumplir con las expectativas del cliente, pero puede ocurrir que en el enfoque del

servicio no se haya aplicado correctamente lo que el cliente espera del mismo, sin que esto marque que los procedimientos no sean los adecuados o el personal no sea idóneo, sino que debe adecuarse los mismos a las necesidades del cliente.³⁰

Las empresas prestadoras de salud

Las empresas de salud son organizaciones humanas que deben cumplir equitativamente con los siguientes parámetros:

- a- Producir un servicio útil, accesible y humanístico que tienda positivamente al bienestar de la comunidad.
- b- Generar valor económico agregado y distribuirlo equitativamente entre sus interesados.
- c- Capacitar y preparar a los recursos humanos que las conforman.
- d- Comprometer su continuidad en el tiempo.

Las empresas de salud se distinguen de otro tipo de empresas, ya que en estas se trabaja con seres humanos (pacientes) y la responsabilidad ante decisiones urgentes debe asumirla el profesional actuante sin participación jerárquica, frente a una variedad atípica de pacientes.

En una empresa clásica, el cliente decide que va a comprar, paga por su producto y evalúa la calidad recibida.

La visión tradicional considera que, en las empresas de salud, el abanico de los clientes está compuesto por:

a- Pacientes

b- Médicos.

c- Obras sociales o prepagas.

La función del médico en una clínica es la de actuar como definidor del producto final, apoderado de las decisiones del cliente, trabajador independiente algunas veces y asalariado otras, cliente a su vez de otros servicios, proveedor de parte de los servicios, generador simultaneo de demanda y oferta.³¹

Sin embargo, al adquirir la visión de proceso se comprende que el cliente final siempre va a ser el paciente, y que los médicos y las obras sociales deberían ser considerados como clientes internos de una organización mayor que incluye a obras sociales y prestadores sanitarios.

No obstante, ello no elimina la complejidad del manejo y la satisfacción de grupos de clientes tan dispares, convirtiéndose este factor en un desafío que se transforma en el secreto del éxito o la destrucción de las empresas de salud.

En general los usuarios-pacientes toman la presencia de las instituciones medicas como "un mal necesario para curar sin mal"; es por ello que se hace necesario prestar un servicio tal que le permita calmar sus ansiedades, de manera que ante una nueva enfermedad, busque aquella institución que le permitió disminuir no solo su dolor físico sino, básicamente, su dolor emocional (temor).³²

En la Unión Europea, la sanidad en general y los sistemas de asistencia gozan de una situación excepcional a nivel mundial, debido entre otras cosas, a la generalización de la cobertura del riesgo de enfermedad-invalidez; cabe señalar además otros factores, como el incremento del nivel de vida *per cápita*, la mejora de las condiciones de vida y de los modos de vida, o una mejor educación

en términos de salud. En efecto, eso es lo que ha permitido proteger a los individuos contra las consecuencias financieras de la enfermedad y, al mismo tiempo, apoyar los rápidos y continuos progresos de la medicina y de las terapias; la protección social, es pues, un elemento fundamental en el funcionamiento de los sistemas sanitarios en general, ya que representa una parte decisiva de los gastos globales de sanidad, que convierte a ésta rama de la protección social en la más importante después de las pensiones de jubilación y de supervivencia, en términos de gastos.

El gasto global de sanidad aumentó desde aproximadamente el 5 % del Producto Bruto Interno (PBI) en 1970 hasta más del 8 % en 1998; produciéndose el incremento más importante antes de 1990. El gasto público de sanidad ha seguido la misma tendencia: incremento más rápido que el PBI desde 1970 hasta 1990; (su porcentaje en el PBI se incrementó del 3,9 % al 6 % aproximadamente), y evolución más moderada a partir de 1990, en particular debido a los esfuerzos realizados por todos los países para controlar sus gastos. Sin embargo, desde 1999 a la fecha, en numerosos países los gastos en sanidad parecen haber recobrado un ritmo de crecimiento superior al PBI.³³

Como en toda empresa, está presente la interdependencia y la interrelación, pero en ningún caso, como en este, se necesita tanto tener claro dicho concepto, ya que la existencia de distintas ciencias (dentro y fuera del arte de curar), hace más complejo el manejo organizacional.

A esta realidad se suma el hecho de que el profesional médico posee una actitud totalmente individualista. En el mejor de los casos, adopta un trabajo conjunto dentro de su propio campo de acción, es decir que solo acepta aquel que se encuentra dentro de su especialidad y escuela.

La visión clásica considera al cuerpo de profesionales de ciencias relacionadas con el médico, como aquel cuerpo que permite

que la función del médico se concrete; dicho cuerpo tiene sus propias funciones a cumplir, representadas por la especialidad de que se trate, las cuales son de alta relevancia para la organización, puesto que son consideradas de apoyo logístico primario, es decir que sin su presencia la acción médica se vería imposibilitada.

La dependencia que presenta este cuerpo es hacia dos centros, el médico y el organizacional, por lo cual se hace imprescindible la coordinación de interdirecciones, con el fin de disminuir los conflictos y lograr la consecución de los objetivos organizacionales, los cuales facilitarían la concreción de los propios.³⁴

La armonización (coordinación) que se pueda lograr entre todos y cada uno de los comprometidos en la búsqueda de la solución frente a una patología determinada desde el médico, hasta la enfermera, pasando por todos los servicios requeridos para el logro del objetivo (cura del paciente), permitirá ordenar las acciones para que sean utilizadas en el momento oportuno, recabándose los aportes que cada área comprometida haya podido efectuar.³⁵

La producción de servicios médicos debe ser:

-Aceptable: es decir, aceptada por la organización y sus componentes, por el sistema y la cultura organizacional en su conjunto.

-Orientada al cliente.

-Comparable: que permita el testeado con otras organizaciones similares.

-Calificante: es decir, debe servir para el perfeccionamiento y calificación del recurso humano interviniente.

-Evaluativa: posibilitando jerarquizar los componentes en su impacto como la relación costo-beneficio.

-Herramienta de programación de gestión.³⁶

A partir de la incorporación de la visión por procesos, podemos entender las distintas actividades que el mismo realiza como procesos de soporte, o sea que tiene como punto fundamental la atención al cliente. Dicha visión aporta un modelo organizacional superador de las tan tradicionales problemáticas que se generan a partir de la organización funcional del trabajo, principal escollo para gestionar genuinamente la calidad.

En cuanto a la regulación de la actividad, el Dr. Tafani opina "...el sector salud aparece como un problema por la debilidad regulatoria que lo caracteriza. No por la falta de leyes o decretos, los cuales abundan, sino por la falta de su aplicación universal. El tema es importante por la desprotección que implica para las personas. En la medida que los problemas de imperfección de los mercados y la cuestión de la información asimétrica era abordado desde un modelo profesional con certificación de la matrícula por parte de pares médicos y que las instituciones prestadoras operaban en forma mayoritariamente como entidades sin fines de lucro, la cuestión de la regulación pública no tuvo la urgencia actual.

Con la oligopolización de los mercados, la privatización creciente de la oferta, la mercantilización de la medicina, la pérdida de funciones de las entidades intermedias, la sobreoferta y la puja distributiva, la pérdida de contención de la ética, y la globalización creciente de las redes de servicios, se hace necesario que la protección de las personas provenga de un marco regulatorio que acredite, qué ponga reglas de juego a la competencia, y que permita un marco previsible de comportamiento de los actores en un contexto de aplicación universal de normas. Lo que parece ocurrir

sin embargo, es que la debilidad institucional subyacente vuelve inoperante las normas (es muchos casos inadecuadas) que existen, lo que hace que el problema sea no tanto de necesidad de legislación nueva como de aplicación estricta de lo que existe.

Adicionalmente, las reformas deberían aclarar como las medidas que se toman van a mejorar el acceso y la calidad cuando como en el caso del Programa Médico Obligatorio se fijan pautas de precio y cantidad lo que habrá de terminar ajustando por pérdida de calidad y formas diversas de bloqueo de acceso (por ejemplo penalizando con costos de traslado la obtención de los medicamentos).

La experiencia en Argentina indica que las medidas que se toman a veces no tienen el efecto deseado”.³⁷

Según el Dr. Moraes Novaes, las tendencias de los servicios de salud serán las siguientes:

1. Profesionales: aumento de las especialidades y diversificación (fragmentación de disciplinas). Integración del personal con servicios, información, investigación, educación y pacientes. Algunas especialidades médicas serán reagrupadas y otras cada vez más independientes.

2. Biotecnología: los servicios extenderán sus actividades para prevención o información. Los servicios de salud tendrán un papel de análisis estadístico-epidemiológico, a través de datos precisos, para comprender mejor los factores de riesgo, con instalaciones para procesamiento de datos de bioestadística. La ingeniería genética y biología molecular transformaran la prevención como actualmente se la conoce, por la identificación y evaluación de factores de riesgo y un abordaje previsible, científicamente comprobado.

3. Los hospitales serán recursos intensivos y especializados: los hospitales de enfermos "agudos" centrando episodios agudos como núcleo del Sistema de Salud. Énfasis en especialistas y alta tecnología; los recursos de equipo intensivos serán colocados próximos a las salas de emergencia y a las salas de operación, o departamentos especializados; los equipos de hospitales serán más caros, principalmente para atender las necesidades de cirugía y trasplantes y disminuir el tiempo de espera; el "Hospital" será un conjunto de servicios, distribuidos geográficamente, interconectados a través de sistemas tecnológicos de información para distribución de productos o servicios; formidable énfasis en atenciones satélites; los ambulatorios de los hospitales serán para "desocupar" el hospital y no para "llenarlo"; las atenciones satélites podrán ser en policlínicos, hospitales de día, hospitales de noche, unidades de crónicos, clínicas móviles, centros de diagnóstico remoto, atención domiciliar, etc.

4. Arquitectura del sistema: las instalaciones serán mucho más flexibles para poder adaptarse a los constantes movimientos de grupos o tecnologías. Horizontalidad y flexibilidad caracterizaran la arquitectura. Desaparición progresiva del hospital monolítico. Hospitales de 200-400 camas. Los hospitales deberán ser mucho más "amigos" de personas sanas y mucho menos un lugar de ansiedad.

5. La atención médica según criterios y patrones: los servicios definirán terapéuticas estandarizadas para los diagnósticos, a través de protocolos y estándares para su funcionamiento.

6. Aumento de actividades "tercerizadas": seguridad, mantenimiento, limpieza, alimentación, etc.

7. Información tecnológica: Cambios en el sistema de entrega de servicios como el "Hospital virtual": e-salud, telesalud, telemedicina, así como: trabajo con terminales en la casa, usado teletextos, mensajes; reconocimiento de la voz, lecturas ópticas; "smart cards", lecturas laser; "expert systems" (inteligencia artificial) como procesamiento de imágenes, operación de banco de datos, redes de especialistas. Para los servicios, todos los accesos relacionados a pacientes, médicos, y disponibilidades físicas/funcionales y de almacenamiento.

8. Sistemas integrados verticalmente: énfasis en redes, red de servicios y equipos multidisciplinarios. Evaluación de la calidad administrativa y clínica de la red de servicios públicos y privados a través de estándares, indicadores y "benchmarking".

9. Nuevas formas de financiamiento tipo "Managed Care" (atención gerenciada).

10. Completo re pensamiento del sistema: capacitación múltiple, revisión de las divisiones del trabajo, atención de acuerdo a la conveniencia de los pacientes, mejores sistemas gerenciales, preocupación con la formación de líderes.³⁸

Por último, cabe aclarar que se pueden encontrar ciertas diferencias en la prestación del servicio de salud, según se trate del sector público o del sector privado. Debido a los objetivos y extensión de la presente Tesis, nos focalizaremos en describir la prestación de un servicio de salud en el sector privado.³⁹

Factores que inciden en la prestación de un servicio de salud

En el momento actual observamos que hay tres factores fundamentales que inciden de modo directo en la calidad de prestación de un servicio médico, y que usualmente no son tomados en cuenta a la hora brindar una asesoría de calidad a una empresa de salud. Estos factores son:

- La Relación Médico-Paciente
- El Síndrome de Mobbing
- El Síndrome de Burnout

A continuación, caracterizaremos brevemente cada uno ellos con el fin de que sean reconocidos como puntos clave en toda política de gestión de calidad.

La Relación Médico-Paciente

La Relación Médico-Paciente (RMP) nació con la Medicina. El tema aunque antiguo, sigue vigente. La medicina humana, de la que se ha dicho con razón que implica una relación de hombre a hombre, de persona humana a persona humana, sigue estando basada entre otros elementos, en un diálogo de doble dirección, una intercomunicación, que es aún mayor en la corriente antropológica. De ese diálogo surgen informes de gran valor técnico, que permiten constituir adecuadamente la anamnesis -y con ello dar bases para el diagnóstico- y además crear y conocer las reacciones psicológicas del paciente (confianza, comprensión, esperanza), que serán positivas para el éxito de su tratamiento.⁴⁰

En esta época de “tecnomedicina” los médicos necesitan abordar y tratar a sus pacientes no como “casos” o como

“enfermedades” en sí sino como personas cuyos problemas a menudo van más allá de sus molestias físicas. Casi todos ellos sienten ansiedad y miedo. El médico debe transmitir y despertar confianza y también brindar tranquilidad, pero nunca debe ser arrogante. Si asume una actitud profesional que a la vez sea cálida y franca, podrá aplacar la ansiedad y estimular al paciente para que comparta todos los aspectos de sus antecedentes personales dentro de la historia clínica. Cualquiera que sea la actitud del enfermo, el médico debe situarlo dentro del marco en que se produjo la enfermedad, es decir, no verlo aislado, sino considerarlo parte de un entorno familiar, social y cultural. La RMP ideal se basa en el conocimiento minucioso de la persona, confianza mutua y la capacidad de comunicación fluida y directa.⁴¹

La genética ha revolucionado la práctica de la medicina. El ordenamiento de todo el genoma humano está permitiendo a los investigadores comenzar a dilucidar los componentes genéticos de enfermedades crónicas frecuentes como hipertensión, aterosclerosis, muchos tipos de cáncer, cuadros autoinmunitarios, demencias y trastornos conductuales. La información futura seguramente permitirá conocer y valorar desde los comienzos de la vida la susceptibilidad de cada persona a dichos trastornos y con ello llevar a la práctica programas individualizados de prevención. La subclasificación de muchas enfermedades con una base genética permitirá seleccionar el tratamiento adecuado para cada persona. Conforme se vuelva más predecible la respuesta a los fármacos, se tornara más racional la farmacoterapia.

A medida que la población tiene una mayor instrucción y posee más conocimientos sobre asuntos de salud, aumentan sus expectativas sobre el sistema médico-sanitario en general y sobre sus médicos en particular. De los médicos se espera que dominen los diferentes campos profesionales en rápida evolución (la *ciencia* de la medicina) al tiempo que consideran las necesidades exclusivas

de cada paciente (el *arte* de la medicina). Por tanto, los médicos son considerados responsables no sólo de los aspectos técnicos de la atención sino también del grado de satisfacción de los pacientes respecto a la asistencia recibida y al costo económico de la misma.⁴²

Lejos pues de descuidarse, o infravalorarse, la antigua RMP sigue siendo uno de los pilares de la *ciencia* y el *arte* médico, en cualquiera de sus formas de ejercicio, porque la *primera relación directa* entre el médico y el paciente lo hace la RMP, pues es *comunicación* (como lo es la cultura, pues por ella conocemos mejor al hombre, lo comprendemos y lo entendemos), y porque además de las informaciones que logra sobre la enfermedad, es el recurso más valioso para conocer la persona humana que ha enfermado, con su individualidad biológica y psicológica. La subestimación de la importancia de una adecuada RMP suele llevar a una medicina insuficiente, o equivocada o desviada.

Inscripta así la cuestión de la RMP en el ámbito del acto médico (de la medicina), nos parece que se trata de un problema actual, toda vez que en los ámbitos académicos se discute la idea de retomar el concepto de médico de familia o médico de cabecera.

Al mismo tiempo, los adelantos tecnológicos en materia de estudios complementarios, la especialización de los médicos, la actual situación socioeconómica y su influencia en el ámbito institucional donde se desarrolla la relación, son cuestiones que intervienen en la RMP y cuyo dinamismo contagia y actualiza.

Lo que parece estar en crisis actualmente es la relación del médico con el paciente en cuanto a persona enferma; esto es, las repercusiones subjetivas del estado de enfermedad y, en todo caso la manera en que estas inciden en la evolución de la enfermedad misma. Esto en una primera aproximación. En segundo término también podría apuntarse que fallan aquellas cuestiones que hacen a la consideración del paciente como un sujeto contextualizado, es decir como alguien que habita un entorno significativamente

constituido, en primera instancia, por su grupo de familia y más allá por diversas organizaciones e instituciones sociales. Este conjunto complejo también actúa indirectamente -aunque a veces su acción es bastante directa- sobre la patología de que se trate.

Opera además un significativo descuido de la medicina misma y de la formación de futuros médicos acerca del tema, que suele quedar relegado a las consideraciones que pueden formularse desde la Psicología Médica y la Psiquiatría. Creemos que ello se debe a que se estima que son estas áreas las especializadas en abordar al sujeto en cuanto tal y desde el perfil de sus fenómenos psíquicos. Antes de adentrarnos más profundamente en el desarrollo del tema deseamos plantear nuestro criterio haciendo estos enunciados:

- a. Opinamos que no basta a la formación médica tratar el tema aisladamente y sólo en instancias ya avanzadas de la carrera. Dicho tema debería ser preocupación constante y primaria de la educación médica.
- b. Tratar el asunto solamente desde la superespecialización reproduce inadvertidamente la escisión mente-cuerpo. Ésta es, desgraciadamente, propia de toda la medicina y de la cultura misma. Con respecto a esto sostenemos posiciones opuestas, es decir, de consideraciones holísticas, integrales y de totalidad del fenómeno humano del enfermar. No existen, para nosotros, enfermedades psíquicas y enfermedades orgánicas, sino el fenómeno “enfermedad” que, si bien puede expresarse predominantemente en cualquiera de esas áreas, afecta siempre al todo que el sujeto realmente es.⁴³

Desarrollaremos ahora los postulados de Schneider y diversos modelos o encuadres de la RMP que ofrecen otros autores.

Modelos de la Relación Médico-Paciente

Schneider comienza comentando las formulaciones de M.H. Hollander. Este postula "...tres niveles de RMP, según un criterio muy simple, el de la actividad relativa o el de la pasividad tanto del médico como del enfermo".

- a. El primero de ellos corresponde a la extrema pasividad del paciente ejemplificada en situaciones tales como el coma, algunas urgencias y las intervenciones quirúrgicas. En estos casos el rol del médico es activo y el prototipo que representa gráficamente la situación es el de la relación madre-lactante.
- b. En el segundo la actuación del médico es directiva y la del paciente cooperativa. Se trata de los casos de enfermedades agudas, tales como cuadros febriles, cólicos o síndromes anginosos. El prototipo respectivo es la relación padres-niños.
- c. En el tercero hay una participación recíproca y se relaciona con enfermedades crónicas o procesos de rehabilitación. El modelo es la relación adulto-adulto.⁴⁴

Estos modelos se corresponden con bastante aproximación a los que desarrolla Pines. El primero de ellos es designado como "*estado de desamparo*", y en él Pines formula consideraciones referidas a las relaciones materno-infantiles como el primer paradigma de reacción frente a la situación de enfermedad que, posteriormente en la vida adulta, podrá tender a repetirse en la figura del médico. Afirma Pines: "Un alto nivel de actividad-pasividad proporciona al médico el absoluto control de su paciente, gratifica sus necesidades de dominación, contribuye a los sentimientos de superioridad y asegura una *desidentificación* con el paciente como persona. Este factor permite al médico trabajar en forma calma y

desapasionada sobre las condiciones más graves y peligrosas, en que la identificación con la víctima tendería a perturbarlo en su calma. Por consiguiente, este modelo es adecuado para las emergencias quirúrgicas con pacientes comatosos inconscientes, etc.”.

El segundo es llamado de “*orientación-cooperación*”, que es la más frecuente de la RMP. En él, el paciente en búsqueda de ayuda está dispuesto a acatar las indicaciones que le formula el médico quien, en estos casos, se comporta como un padre afectuoso y cuidadoso ante su hijo enfermo. Deben evitarse -afirma Pines- aquellas situaciones en que el médico tiende a asumir formas autoritarias ante pacientes que no cooperan. Sostiene muy razonablemente que el médico no debe identificarse con un rol de padre, pues podrá así objetivar mejor la situación y manejar más adecuadamente las actitudes díscolas de su paciente.

El tercero es el de “*participación mutua*”. Para Pines: “Se trata de una relación que se caracteriza por un alto grado de empatía y que, en considerable medida, carece de los elementos de poder y control que son evidentes en otros modelos”. Prosigue: “Aquí nos referimos a la “buena” RMP -la alianza terapéutica- que constituye una alianza operativa basada en la realidad, que implica confianza, respeto mutuo y la aceptación y el reconocimiento de los respectivos roles del médico y del paciente”.⁴⁵

Regresemos ahora a Schneider quien afirma que ninguno de estos modelos es mejor que el otro, simplemente se corresponden a situaciones diferentes. El médico debe aprender a moverse con soltura de uno a otro, en la medida que cambian los estados del paciente. Schneider ejemplifica gráficamente el caso de un coma diabético, que se corresponde al modelo primero de *actividad del médico-pasividad del paciente*. Una vez salido del mismo, se pasará al modelo segundo de *dirección-cooperación*, en el que se sugerirán

cambios alimentarios, medicaciones adecuadas y cuidados especiales. Por último se dará el modelo tercero, de *participación mutua* y recíproca, en el cual el médico operará como un consultor o guía de los cuidados que el mismo paciente se prodiga.

No siempre las cosas se dan de este modo y tampoco siempre el médico puede flexibilizarse, ya por características propias y personales, ya por su especialidad. Quienes se dediquen a la rehabilitación tenderán a permanecer en el modo tercero, en tanto los cirujanos, por ejemplo, establecerán modos de relación como los descritos en el primer modelo, incursionando también en el segundo. Hay médicos que adoptan una y sólo una de las actitudes posibles para tratar con todas las situaciones.

Analicemos ahora la propuesta enunciada por Von Gebattel:

“Esta caracterización, proveniente sin duda de una consideración existencial y experimental de la RMP, consta de tres fases. La primera parece corresponder a las emergencias pero contiene características de cualquier consulta en tanto la existencia de la posible enfermedad es siempre preocupante y motiva demandas que tienen cierta premura. En un segundo paso la situación se objetiva algo más y ello implica la fase de estudios clínicos y especializados en los cuales se produce una toma de distancia generada por la situación misma que aparece mediada por terceros (laboratoristas, radiólogos, otros especialistas, etc.) La última fase implica la personalización o individualización del vínculo, pues el tiempo y las consultas hacen que exista una mayor aproximación entre médico y paciente en cuanto a personas y no sólo en cuanto a roles”. Esta última fase contiene una consideración afortunada en cuanto Von Gebattel afirma “Él me comprende...”. La podríamos resumir del siguiente modo: el paciente necesita no sólo ser atendido, necesita también ser comprendido. Se trata de una extensión del concepto de “compresión psicológica” de Jaspers que

implica cualidades especiales tales como la llamada “empatía”, capacidad de “ponerse en el lugar del otro” y, diríamos coloquialmente, “sintonizar” con él y su padecimiento de modo directo e intuitivo.⁴³

Otro modelo mencionado por Schneider y que está en las antípodas de la comprensión psicológica es el llamado “modelo técnico de servicio”.

En él se representa al médico; al paciente y un “objeto a reparar”. Este objeto es el órgano enfermo y, en este sentido, se trata de la solicitud que se formula a un experto para que repare el objeto dañado. Todos los demás aspectos son dejados de lado y el experto pone todos sus conocimientos al servicio del arreglo que se le pide.

El modelo es así comentado por Schneider: “Si se considera únicamente el órgano enfermo, este esquema también puede aplicarse al médico general en ciertas circunstancias, pero sobre todo conviene al especialista. Este entra en contacto con el cliente que le confía su “objeto” después de haberle indicado que no anda, desde su punto de vista (los trastornos), y el especialista tratará el órgano enfermo como un verdadero objeto, o incluso todo el cuerpo del paciente en esta perspectiva. En ocasiones, para observarlo mejor, hará copias (radiografías, análisis sanguíneos, biopsias). Otras veces, tratará de separar completamente el cuerpo, es decir, el objeto del cliente, representado por toda su personalidad.”⁴³

Este “modelo técnico de servicio” es el que parece imponerse en la medicina actual desplazando al modelo de las relaciones interpersonales. La superespecialización con la consiguiente fragmentación del cuerpo humano, no ya en aparatos o sistemas, sino en sectores de dichos aparatos orgánicos, parece haber contribuido bastante a ello.

Pero antes de avanzar en consideraciones críticas o en recomendaciones éticas o prácticas, hemos de abordar el problema que, a nuestro juicio, subyace inadvertido como fundamento de la verdadera crisis que creemos vive la RMP.

La consideración holística o de totalidad.

El modelo mismo de la RMP parece haber sufrido modificaciones de importancia.

Existen una serie de instancias que median en la RMP y la determinan, le dan forma y hacen que sea de ese modo y no de otro. Es decir que el médico accede a la enfermedad desde una serie de instancias que incluyen a su paciente en cuanto persona, pero en último término. Sería vano teorizar sobre la RMP sin tener en cuenta el contexto en el cual ésta se da, en particular, en nuestro medio. Lo que llamaremos “mediaciones” encuadran y determinan (a menudo rígidamente) las formas y modos de la relación. Nos referimos con ello a las instituciones (mutuales, obras sociales públicas o privadas, ministerios públicos diversos). Ellos, en sus acuerdos, en sus convenios, están pautando y sistematizando que el vínculo terapéutico este determinado desde la burocracia, no desde la función de curar.

La “enfermedad” como objeto de estudio y dedicación de la medicina es, cuanto menos, un error. Los médicos deberíamos ocuparnos de personas que padecen estados de enfermedad, no de enfermedades en ausencia de la persona.

Puede preguntársele a los estudiantes de medicina lo siguiente: quiénes de ellos, en su experiencia inmediata, se vivencian, se sienten y experimentan como un cuerpo, por un lado, y una mente, por el otro. Semejante disociación daría fe, para nosotros, de graves perturbaciones psíquicas. En la realidad

cotidiana, en cambio, todos tienen la sensación inmediata de unidad. Es a esa verdad inmediata a la cual hay que apelar como evidencia irrefutable: el dolor, la discinesia de la enfermedad es, al mismo tiempo y simultáneamente, representación psíquica. Igual ocurre a la inversa: representaciones psíquicas inducen estados corporales alterados. Es llamativo que la teoría que la totalidad de la medicina guarda con respecto al sujeto (psiquiatría incluida) pueda violentar de tal modo la experiencia original de unidad de la persona que todos tenemos. Y ni siquiera se trata de una teoría que se formule de modo explícito. Está -diríamos- entre las entrelíneas del proceso de aprendizaje y se debe a disociaciones (que más adelante comentaremos) que no pertenecen ya a la medicina, que le vienen de afuera, desde la cultura en la que la medicina se incluye.⁴³

Suele entenderse la enfermedad desde el limitado criterio de lesión orgánica, esto es, hay proceso morboso sólo en tanto y en cuanto se produce modificación patológica de algún tejido corporal mensurable, ya clínicamente, ya por métodos especializados de estudio.

Sin embargo el concepto de “enfermedad”, el concepto mismo como objeto de estudio ha merecido consideraciones más amplias. Veamos ahora las reflexiones que acerca de ello formula Laín Entralgo, quien expresa como respuesta a la pregunta “¿Qué es la enfermedad humana?” citando un estudio de Letamendi: “Letamendi dice haber estudiado el problema en más de ciento veinte lenguas. He aquí algunos datos. En griego se denomina al estado de enfermedad con muy distintas palabras: *nosos* (daño); *pathos* (padecimiento, pasión, afección, dolencia); *asthenia* y *arostia* (debilidad, desvalimiento). El latín, por su parte, dice *morbos* (lo que hace morir); *passio* (padecimiento o pasión); *aegrotatio* (aeger: el que gime o está de mal talante); e *infirmas* (debilidad, falta de firmeza). En castellano usamos enfermedad, mal, dolencia y

afección. En francés la enfermedad se llama *maladie* (malada es male aptus, según Littré), *infirmité* y *affection*. En inglés, *illness*, *sickness* y *disease*. En alemán enfermo es *krhank* y *siech*". En polaco, enfermedad se denomina *chorova* y en croata, *bolest*.

Aunque, en última instancia, la enfermedad resume todos estos criterios vemos que el tema de la lesión orgánica -tan caro a nuestro criterio de enfermedad- aparece apenas aludido. Prosigue Laín Entralgo con su cita de Letamendi: "Tres predicados universales del fenómeno enfermedad vienen surgidos por la observación y experiencia de los pueblos: 1. Deficiencia (astenia, infirmitas); 2. Daño positivo (nosus, morbus); 3 daño sentido (pathos, aerogrotatio, dolentia). Obtenido este residuo glótico, o sea, esta explicación del fenómeno enfermedad como un modo de vivir deficiente, malo y aflictivo sujetémoslo a la contraprueba de su consideración dinámica y, si la resiste, podremos quedar seguros de que estamos en posesión de un verdadero principio de ciencia, inmutable y fecundo".⁴⁶

Líneas más abajo Laín Entralgo -sostenido por las citas de Letamendi- enuncia su propio criterio. Afirma que la enfermedad humana es "...un modo aflictivo y anómalo del vivir personal, reactivo a una alteración del cuerpo, en el cual padecen las acciones y funciones vitales, y por el cual el individuo afectado vuelve al estado de salud (enfermedad curable), muere (enfermedad mortal), o queda en deficiencia vital permanente (enfermedad cicatrizal)".⁴⁶

A esta clara conceptualización de Laín Entralgo cabría agregar que los modos reactivos que generan enfermedad pueden ser también psíquicos, sociales o espirituales. Podría enunciarse que, sean los que fueren, su resultante final es una alteración corporal y -si se concibe ésta en un sentido amplio, tal como lo hace Laín Entralgo- no tenemos inconveniente en admitirlo. El problema

reside en que la consideración, en nuestra cultura médica, lejos de ser amplia, es restringida y restrictiva.

Estamos así entrando en la que estimamos es la cuestión de fondo. Ésta podría formularse así: todas las explicaciones asientan sobre el supuesto básico del dualismo psicofísico, esto es, que lo psíquico es una entidad y lo orgánico otra con escasas relaciones entre sí o que, en todo caso, pueden ser objeto de estudio y tratamiento por separado para la medicina.

Si bien ambos fenómenos poseen especificidad y características propias innegables, el error más frecuente que suele cometerse con ambos reside en obstaculizarlos: de este modo las enfermedades son psicógenas o son somatógenas, como si ambas categorías fuesen totalidades cerradas sobre sí mismas. Más aún, suele estimárselas excluyentes: si es psicógeno no es somatógeno y viceversa. En la RMP y en la clínica los psiquiatras serían básicamente los encargados de lidiar con lo primero, en tanto el resto de la medicina lo haría con lo segundo.

Lo anterior propicia una disociación malsana y equivocada en tanto el objeto de estudio de la medicina se divide y escinde, con lo cual la medicina toda lo hace. *Se absolutiza la parte y se la confunde con el todo.* Esta confusión de la parte con el todo se patentiza en la disociación tan frecuente en la práctica que venimos comentando: tratar el cuerpo como un obstáculo, el psiquismo como otro tanto. La confusión de la parte con el todo revela severas fallas metodológicas y epistemológicas asentadas y generadas por carencia de principios filosóficos, tanto en la concepción del hombre que la actual medicina sostiene, cuanto en los criterios acerca de lo que es la medicina misma.

Es así que en este mundo cambiante, globalizado, donde se afronta una avalancha avasalladora de conocimientos nuevos y una

filosofía social agresiva, desprovista de sentimiento humanitario en el quehacer médico, la clásica RMP, base inconvencible de todo diagnóstico y tratamiento, ha de sufrir un cambio. No sabemos si para bien o para mal.

El Síndrome de Mobbing

En los últimos años, se han estudiado los factores psicosociales que inciden en la salud de los trabajadores de todo el mundo. Son alarmantes las causas de baja de la productividad y de la incapacidad laboral definitiva precoz, a causa del estrés en sus distintas formas, en el medio laboral.

La Organización Mundial del Trabajo (OIT), la OMS y la Federación Mundial de Salud Mental (FMSM), suman esfuerzos en la lucha por la prevención de las enfermedades físicas y mentales ocasionadas por formas patógenas de trabajar.

Aquí describiremos fundamentalmente los factores estresógenos que dependen de una administración organizacional o liderazgo “tóxico” y que producen innumerables patologías que inciden en lo orgánico, lo psíquico y lo sociofamiliar de los empleados y que se ha dado en llamar Síndrome de Mobbing.⁴⁷

Estrés.

Hace más de medio siglo, Hans Selye definió al stress, ante la OMS, como “la respuesta no específica del organismo a cualquier demanda exterior”. Posteriormente se fue ajustando el concepto hasta definirlo como la respuesta de ansiedad, que experimenta una persona cuando tiene que hacer frente a unas demandas psicosociales o físicas que le resultan excesivas para su capacidad de respuesta. Desde entonces el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas, y psicológicas.

Desde lo puramente orgánico, se comprobó la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, cortisol, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Cuando el organismo llega a la fase de agotamiento, se eleva el cortisol en forma permanente y aparecen patologías como la hipertensión arterial (HTA), arritmias, colitis ulcerosa, colon irritable, alergias, infecciones, enfermedades oncológicas, manifestaciones dermatológicas, cefaleas, etc., acompañadas de síntomas y signos en la esfera emocional, mental, del estado de ánimo y del comportamiento. Luego de una primera etapa disfuncional, el organismo evoluciona a la etapa lesional de la que podrá, con tratamiento adecuado, recuperarse o desarrollar complicaciones y la muerte.

El estrés laboral.

El *estrés laboral* se conceptualiza como el conjunto de fenómenos que se suceden en el organismo, en el psiquismo y en el entorno familiar y social del trabajador, con la participación de los agentes estresógenos lesivos derivados directamente del trabajo o que, con motivo de éste, pueden afectar la salud del trabajador.

Los factores psicosociales en el trabajo, representan el conjugando de percepciones y experiencias del trabajador. Estos factores consisten en interacciones entre las formas y tipos de tareas, su medioambiente socio laboral, la satisfacción personal y las condiciones de la organización. Como en el resto de las enfermedades laborales, en aquellas derivadas de *estrés laboral*, debemos distinguir las enfermedades profesionales (Síndrome de Burnout), de aquellas a las que está expuesto cualquier clase de trabajador. De estas, la más extendida en el mundo es el Síndrome de Mobbing.⁴⁷

Síndrome de Mobbing.

Se llama Mobbing o Acoso Moral en el Trabajo al ataque de una coalición de miembros de una misma especie contra el individuo más fuerte. Fue instalado a principios de los ochenta por el alemán Heinz Leymann, basándose en las descripciones de la conducta grupal de ciertos animales buscando aniquilar al miembro más fuerte, estudiados por el médico y Premio Nobel de Medicina 1973, el austríaco Konrad Lorenz, fundador de la moderna Etología.

En inglés, *Mobbing* significa hostigamiento, persecución, acoso, patoterismo. También se ha denominado *síndrome de acoso grupal, de acoso institucional, del cuerpo extraño y psicoterrorismo institucional*. Se aplica a sujetos sometidos a persecución, agravio o presión psicológica por uno o varios miembros del grupo al que pertenece, con la complicidad o indiferencia del resto. Consiste en ir desgastando psicológicamente al empleado hasta conseguir que se autoexcluya. Se trata de una técnica de intimidación propia de empresas que no quieren o no pueden proceder al despido, de líderes que temen que sus cargos corran riesgo o simplemente no toleran subalternos más brillantes o eficaces.

Schuster (1996) considera que el acoso institucional es una de las experiencias más devastadoras que puede sufrir un ser humano en situaciones sociales ordinarias. Lo define como “ser objeto de agresión por los miembros del propio grupo social”. Debe darse una relación asimétrica de poder. Éste no tiene por qué ser necesariamente jerárquico, puede ser también de experiencia adquirida o liderazgo “natural”.⁴⁸

Individuos en riesgo (los acosados).

Son diferentes con respecto al grupo en general y, por su mera presencia, producen la movilización de sentimientos de envidia

o agresión. Los candidatos presentan cuadros clínicos que, de no ser abordados a tiempo, pueden derivar en complicaciones severas. Las investigaciones han demostrado que responden a las siguientes características:

1) Los **envidiables**, personas brillantes y atractivas, pero consideradas como peligrosas o competitivas por los líderes implícitos del grupo, que se sienten cuestionados por su mera presencia.

2) Los **vulnerables**, individuos con alguna peculiaridad o defecto, o simplemente, depresivos necesitados de afecto y aprobación, que dan la impresión de ser inofensivos o indefensos.

3) Los **amenazantes**, activos, eficaces y trabajadores, que ponen en evidencia lo establecido y pretenden imponer reformas o implantar una nueva cultura.

El acosador/a.

Se caracteriza como un “management tóxico”. Los rasgos controladores predominan entre los burócratas y personal directivo. En los Servicios de Prestación de Salud, suelen dedicarse a la gestión, control y optimización de recursos y no a los servicios asistenciales y de relación directa con el paciente. El agresor acostumbra a ser un “triunfador” en el ámbito empresarial (agresivo, hábil, rápido, sin piedad hacia la víctima). El acosador/a presenta algún trastorno de personalidad narcisista, paranoide o psicopática. En su accionar persecutorio contra su víctima, actúa alguna de las siguientes modalidades de gestión:

- Le aísla de sus compañeros.
- Invalida su trabajo.

- Le somete a acusaciones malévolas sin permitirle defenderse o expresarse.
- Le priva de información e interrumpe su comunicación.
- Descalifica y tergiversa sus actividades y comentarios.
- Desacredita su rendimiento.
- Otras formas sutiles.⁴⁸

Las Organizaciones Tóxicas.

Ocurre en organizaciones altamente reglamentadas y homogéneas, como en clínicas, hospitales, escuelas fuerzas armadas y cárceles, así como instituciones conservadoras, en las que hay poca tolerancia a la diversidad y fuertes vínculos e identidades compartidas entre sus miembros.

La presentación de acoso psicológico es más probable en organizaciones cerradas, cuya cultura interna considera el poder y el control como valores prioritarios sobre la productividad y la eficacia. Son “tóxicas”, debido a que trabajar en ellas resulta nocivo para la salud de muchos de sus empleados.

Uno de los postulados de semejante forma de dirigir a los recursos humanos, es pensar que en una organización es normal o hasta deseable que se produzca Estrés Laboral, Mobbing o Burnout y que el ser humano dispone de una capacidad de adaptación “prácticamente infinita” y que estrés es solamente una reacción momentánea y no una forma de enfermar, aguda o crónica.

Este razonamiento patológico, contrario a cuanto establece el moderno management científico, esta frecuentemente presente en los ambientes laborales degradados.

La clínica del Mobbing.

Además de la sintomatología específica derivada del acoso crónico, las manifestaciones clínicas son polimorfas y llamativamente variadas. Esta es la razón por la cual compromete el accionar de todas las disciplinas médicas: Gastroenterología, Dermatología, Cardiología, Oncología, Neurología y Psiquiatría. Se constatan sentimientos de temor paralizante, signos de confusión, disminución de la autoestima, fantasías o conductas de fuga como la renuncia precoz y compulsiva al trabajo. La percepción de su propia identidad está muy alterada, lo mismo que las funciones neurocognitivas. Es frecuente que presenten sentimientos fóbicos hacia todo lo relacionado al lugar de trabajo o personas que lo representen, por lo que desarrollan conductas de evitación o de reaseguramiento. En otros casos, responden con tanta agresividad hacia el medio laboral, que se convierten en sujetos “peligrosos” hacia el o los acosadores/as. El estado de ánimo siempre se encuentra afectado; si los síntomas depresivos son muy intensos, pueden llegar al suicidio. Finalmente, el Acoso Moral en el Trabajo puede producir, en sujetos lábiles, cuadros psicopatológicos con entidad clínica propia: trastornos depresivos recurrentes, fobias, trastornos de pánico o descompensaciones de sesgo psicótico.

Prevención.

La prevención es posible y debería estar apoyada en la difusión del Mobbing y en el dictado de leyes específicas que protejan a los ciudadanos contra la impunidad de su ejercicio. Entre otras estrategias se propone:

- Estar atento a su aparición, en sus expresiones más sutiles.
- Profesionalizar a los directivos y/o mandos medios.

- Privilegiar la creatividad, por encima de lo burocrático-administrativo.
- Abrir espacios formales e informales de debate y discusión.
- Apoyar y apoyarse en los pares, cuando estos reconozcan el problema.
- Fomentar su reconocimiento legal, en lo penal y laboral.
- Buscar ayuda profesional médica por fuera de la empresa.

Actualmente, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce a la violencia como un obstáculo para el desarrollo de las naciones y una amenaza para la Salud Pública. En virtud de ello, la conceptualización, medición y análisis de las conductas violentas en diferentes contextos y la comprensión de sus causas y factores asociados ayudaran a su prevención y asistencia adecuada desde la medicina y a su reconocimiento legal, dentro de los derechos de las personas cuando trabajan.⁴⁷

El Síndrome de Burnout

El Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional, que aparece como respuesta a un cuadro de estrés laboral, tiene su origen en las condiciones de trabajo, en la falta de reconocimiento social en la profesión y en el surgimiento de un tipo de pacientes muy demandantes que disponen de una sobresaturación de información médica sin procesar.

Algunas de las características de personalidad que pueden llevar más fácilmente a la persona sometida a una sobre exigencia crónica, exceso de estrés, y a poder desarrollar un distrés (**estrés negativo**) son: *sensibilidad a los sentimientos y necesidades de los otros, dedicación al trabajo, idealismo, personalidad ansiosa, elevada auto exigencia, y falta de soporte social*⁴⁹. Casualmente y

coincidentalmente, éstas son las características de los buenos profesionales, especialmente en los dedicados al cuidado de la salud. Son justamente los profesionales de la salud, quienes más han sido estudiados sobre este Síndrome, porque estarían más expuestos al estrés, como consecuencia de ser testigos y estar permanentemente en contacto con el sufrimiento y la enfermedad, tiene consecuencias tanto emocionales como fisiológicas, y pueden por lo tanto producir un estado de distrés.⁵⁰

Algunas de las consecuencias médicas, sociales y laborales del distrés son:

- Deterioro de la salud física y mental.
- Insatisfacción personal y laboral.
- Reducida productividad en el trabajo, deteriorando sus relaciones laborales e instalando otro círculo vicioso de mayor estrés.
- Ausentismo, como consecuencia del agotamiento y deterioro de su salud.
- Deterioro de las relaciones familiares y personales por los cambios en su conducta, en su carácter, en sus actividades, etc.⁵¹

En estos profesionales, se habla de una nueva forma de estrés que los estaría afectando de modo especial, a la cual se le ha dado el nombre de *Síndrome de Burnout*.⁵²

Al principio, como consecuencia de éste Síndrome, el empleado estaría un poco "quemado". Luego, cuando la persona presenta síntomas físicos de agotamiento, se lo encontraría totalmente "destruido". Pero no sólo las personas recargadas de tareas o responsabilidad son las que sufren un excesivo estrés.

Tener una vida sin motivaciones, sin proyectos, o pasar por una etapa de desocupación puede provocar el mismo desenlace. Los síntomas son iguales en ambos casos: falta de autoestima, irritabilidad, nerviosismo, insomnio y crisis de ansiedad entre otros.

Una persona extremadamente estresada o -como se diría en esta ocasión- "quemada", se puede manifestar de varias formas: el cansancio emocional es la actitud más clara, evidente y común en casi todos los casos. La persona no responde a la demanda laboral y generalmente se encuentra irritable y deprimida. Los profesionales o empleados -enfermeras, médicos, maestros, etc.- que trabajan en contacto directo con otras personas suelen tener este Síndrome.

El Síndrome de quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.⁵³

Maslach y Jackson (1986), crearon una de las definiciones más conocidas y aceptadas del Síndrome de Burnout al conceptualizarlo como *una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y psicológico o emocional, una actitud fría y despersonalizada en la relación con los demás y un sentimiento de inadecuación para las tareas que se han de realizar.*⁵⁴

En 1984 Brill lo define como un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto en el ámbito de su rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por una intervención externa de ayuda

o por un reajuste laboral y que está en relación con las expectativas previas.

El Síndrome de Agotamiento causa, progresivamente, consecuencias nocivas de diversa naturaleza entre las cuales se encuentran las alteraciones del tipo psicósomáticas (p.ej. cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis, úlcera, trastornos del sueño), laborales (p.ej. accidentes, deterioro del rendimiento, baja calidad asistencial, ausentismo o abandono prematuro de la actividad)⁵⁵ y de personalidad (p.ej. elevado neurotismo, tendencia a la introversión y auto concepto negativo⁵⁴). En este sentido, el Síndrome de Agotamiento surge cuando la persona falla en su intento por implementar estrategias de afrontamiento funcionales para resolver dichos estresores.⁵⁶

El Burnout es un Síndrome clínico descrito en 1974 por Freudenberg, médico psiquiatra, que trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Observó que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes.

En la misma época, Christina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de “sobrecarga emocional” o Síndrome del Burnout (quemado). Esta autora lo describió como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”. Incluye:

- Agotamiento emocional, que se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales.

- Despersonalización o deshumanización, consistente en el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y de cinismo hacia los receptores de servicio prestado.
- Falta de realización personal, con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal.
- Síntomas físicos de estrés, como cansancio y malestar general.
- Manifestaciones mentales: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y/o agresivos hacia los clientes, compañeros y la propia familia.
- Manifestaciones físicas: cefaleas, insomnio, algias osteomusculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.
- Manifestaciones conductuales: predominio de conductas adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los clientes y compañeros, y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia.

Según Cherniss, el síndrome se desarrolla en tres fases evolutivas⁵⁷:

- En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial.
- En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica.
- En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales, consecuencia de un afrontamiento de tipo defensivo y huidizo, que evita las tareas estresantes y procura el alejamiento personal, por lo que hay una tendencia a tratar a los pacientes de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo cínicamente la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

Éste Síndrome, originalmente observado en profesiones tales como médicos, guardia cárceles, asistentes sociales y bomberos, se extiende en la actualidad a todos aquellos involucrados en forma activa y dentro de estructuras funcionales. Hoy, las personas que interactúan cuidando y/o solucionando problemas de otras, con técnicas y cualidades exigidas, dentro de medios y organizaciones de logros evaluados (en mayor o menor medida), son potenciales poseedores del Síndrome de Burnout.

Su cuadro evolutivo tiene cuatro niveles de patologías:

- 1er. nivel - Falta de ganas de ir a trabajar. Dolor de espaldas y cuello. Ante la pregunta ¿qué te pasa?, la respuesta es "no sé, no me siento bien".
- 2do. nivel - Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una sensación de persecución ("todos están en contra de mí"), se incrementa el ausentismo y la rotación.
- 3er. nivel - Disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas

(alergias, soriasis, picos de hipertensión, etc.). En esta etapa se comienza la automedicación, que al principio tiene efecto placebo pero luego requiere de mayor dosis. En este nivel se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica.

- 4to. nivel - Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas), suelen aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, en los períodos previos, se tiende a abandonar el trabajo (hacerse echar).

Como se ve, en cualquiera de los niveles las emociones que se generan son: tensión, ansiedad, miedo, depresión, hostilidad abierta o encubierta. Esto afecta la calidad de las tareas /servicios, se deteriora el trabajo institucional, se potencia la insatisfacción, incrementa el ausentismo, la rotación, así como el agotamiento y las enfermedades.

En general el Síndrome se caracteriza por:

- Ser insidioso: Se impregna poco a poco, uno no está libre un día y al siguiente se levanta quemado, va oscilando con intensidad variable dentro de una misma persona (se sale y se entra). Con frecuencia es difícil establecer hasta qué punto se padece el síndrome o simplemente sufre el desgaste propio de la profesión y dónde está la frontera entre una cosa y la otra.
- Tiende a negarse: Ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero lo notan.⁵⁸
- Existe una fase irreversible: Entre un 5% y 10 % de los médicos, el síndrome adquiere tan virulencia que resulta

irreversible y hoy por hoy la única solución es el abandono de la asistencia.⁵⁹

En tal sentido, una encuesta realizada recientemente a nivel iberoamericano a través de *Intramed*, con la participación de 6150 profesionales sanitarios, con marcado predominio de argentinos, con una edad media de 42,4 años, varones y mujeres, indicó que el 36,3% de la muestra tenía la percepción del Síndrome de Desgaste Profesional expresado en la sensación de sentirse “quemado” o con Burnout.⁶⁰

En el año 2004 y en un trabajo de Tesis titulado “Prevención primaria del Síndrome Burnout en las instituciones hospitalarias de la ciudad de Córdoba”, se concluye que dichos establecimientos, tanto públicos como privados, lamentablemente no poseen planes específicos de prevención del Síndrome Burnout, ni promovidos por la institución ni planificados dentro del propio equipo de trabajo.⁶¹

La organización: Instituto de Oftalmología

Se diseña un proyecto de un Sistema de Aseguramiento de la Calidad para una organización virtual que presta el Servicio de Oftalmología.

Consideraciones para el diseño de la institución.

Para que el paciente perciba un servicio de excelencia en lo que respecta al proceso de atención oftalmológica, se deben sistematizar los servicios o procesos ocurridos dentro de la institución de modo tal que éstos sean eficientes, seguros y por sobre todo, brindados con calidez humana, respetando así la concepción holística de la persona.

Para ello, la organización virtual se enmarca, dentro de la condición *sine qua non* de la organización y del servicio.

La institución está diseñada para prestar al paciente los siguientes servicios, propios de una **Atención Oftalmológica Integral**:

- Consulta ambulatoria oftalmológica.
- Cirugía de cataratas, retina y glaucoma.
- Cirugía refractiva.
- Cirugía de estrabismo, órbita y vía lagrimal.
- Cirugía de párpados.
- Aplicación de toxina botulínica (Botox®).
- Cirugía de córnea y trasplante de cornea.
- Valoración biofísica.
- Atención de las complicaciones quirúrgicas.
- Internación.

Teniendo en cuenta que presta estos servicios, para que la institución funcione adecuadamente según las normativas reglamentarias vigentes, de conformidad con la Ley 6.222⁶², sus modificatorias y reglamentarias, la Ley 4.859 y modificatorias⁶³, se divide a la organización en tres componentes principales: Infraestructura Física, Personal Integrante y Recursos Materiales y Tecnológicos.

Los elementos correspondientes a la **Infraestructura Física** son:

El edificio de la institución cuenta con un diseño arquitectónico conveniente a la actividad a realizar, con formas y disposición de espacios adecuadas a los procesos que se desempeñan en el mismo, respetando las regulaciones actuales para consultorios, quirófanos y laboratorios; como así también la clasificación de centros de salud evaluados según el riesgo de las actividades que realice el mismo y si presenta o no internación.

Dada la especificidad de la especialidad que desarrolla la institución, es necesario contar con un diagrama de recorrido de personas y materiales, para una óptima utilización de los ambientes y el desarrollo de las actividades del mismo.

La Clínica Oftalmológica S.A. se encuentra dividida en cuatro sectores fundamentales:

- Sector Consultorios.
- Sector Quirófanos (3).
- Sector Internado.
- Sector Laboratorio.

- Sector Consultorios.

- Salas de espera.

- Secretaría y admisión.

- Consultorios.

- Sala de Retinofluoresceinografía y Fotocoagulación.

- Sala de Refracción, Topografía, Campimetría, Láser HRT y OCT.

- Sector Quirófanos.

El mismo se encuentra dividido en tres zonas según un criterio de circulación y operatividad que restringe al mínimo la posibilidad de infección por contaminación:

- Zona de circulación restringida compuesta por:

- Quirófano propiamente dicho.

- Local para lavado y vestuario final del equipo quirúrgico.

- Área de esterilización.

- Zona de circulación semirestringida:

- Sala para preparación y recuperación del paciente.

- Local de abastecimiento y procesamiento periférico limpio.

- Local de abastecimiento y procesamiento periférico sucio.

- Depósito para equipamiento.

- Sala de enfermería.

- Zona de circulación libre:

- Oficina periférica de enfermería.

- Sala de espera para pacientes en tratamiento en este sector.

-Habitación de internación intermedia.

- Otras dependencias:

Para el personal:

-Bufete interno y cocina.

-Servicios sanitarios.

-Vestuarios.

-Armarios personales.

Para la administración:

-Despacho del Director General.

-Sala de Directorio.

-Oficina del personal administrativo.

-Estacionamiento subterráneo del cuerpo gerencial y profesionales socios.

Para el desarrollo de funciones educativas:

-Salón Multifuncional.

-Biblioteca.

Para el almacenamiento de elementos de la institución:

-Depósito de insumos, reactivos, sustancias químicas y otros elementos de consumo.

-Depósito de materiales de limpieza y cuarto de aseo.

-Depósito de material esterilizado.

-Depósito de material a esterilizar.

-Dependencias para la correcta deposición de material a esterilizar.

El **Personal Integrante** es todo el personal responsable de brindar este tipo de servicio, como ser:

- Médico Especialista en Oftalmología.
- Médico Especialista en Cardiología.
- Médico Especialista en Anestesiología.
- Médico Especialista en Clínica Médica.
- Médico Especialista en Medicina Legal.
- Médico Especialista en Medicina del Trabajo.
- Bioquímica.
- Licenciada en Enfermería.
- Farmacéutico.
- Personal de limpieza.
- Personal administrativo.
- Personal de mantenimiento.

Los **Recursos Materiales y Tecnológicos** son todos los necesarios para la prestación del servicio por parte del personal de la institución:

- Principales Recursos Materiales:

- Insumos para el trabajo en escritorio.
- Insumos quirúrgicos.
- Fármacos y drogas específicas para emergencias médicas.
- Vestimenta para el personal de la institución según el área donde se efectuó su tarea.
- Vestimenta acorde al tratamiento a realizar al paciente.
- Insumos y materiales relacionados con el confort del paciente en las salas de espera (revistas, café, televisor LED).
- Materiales para el almacenamiento y archivo de historias clínicas.
- Materiales para limpieza y desinfección.

- Instalación de gases para quirófano y laboratorio.
- Folletos de información al paciente.
- Instructivo sobre controles que el paciente debe realizar durante la duración del tratamiento o luego de la cirugía.
- Sobres para entrega de resultados al paciente.

- Principales Recursos Tecnológicos:

Área quirófano:

- Camilla de cirugía con movimiento universal.
- Mesa e instrumental quirúrgico.
- Mesa y equipamiento para anestesia.
- Instrumental y equipo para apoyo respiratorio.
- Desfibrilador y cardioversor.
- Microscopio.
- Facoemulsificador, vitrétomo, LASIK.
- Otros.

Área laboratorio:

- Maleta de transporte biológico con control de temperatura y CO₂.
- Cabinas de flujo laminar.
- Incubadoras de atmosfera controlada CO₂, O₂ y T^o.
- Incubadoras de transporte de material biológico.
- Centrifugas analógicas y digitales.
- Osmómetros.
- PH-metros.
- Estereomicroscopios.
- Microscopios de observación, fluorescencia e invertido.
- Heladera.

Para las demás dependencias:

- Lámpara de hendidura.
- Refractómetro.
- Ecógrafo/Ecómetro.
- Equipo impresor de ecografía con interfaz digital a videocámara.
- Equipo de retinofluoresceinografía.
- Campímetro computarizado.
- Camilla para consultorio y sala de recuperación.
- Camas y demás mobiliario de dormitorio para habitación.
- Mobiliario administrativo, recepción, sala de espera y dependencias similares.
- Equipo de aire acondicionado central.
- Televisor LED en sala de espera y música funcional.
- Silla de ruedas para traslado del paciente.
- Equipo de seguridad ante siniestros.
- Central telefónica con internos en todas las áreas.
- Otros.

Solo se listan los más importantes dada la complejidad de los procesos que involucra el servicio que presta la institución Clínica Oftalmológica S.A.

Estética y ambientación:

Ya que estos factores influyen en la percepción que el paciente tendrá de la institución, la misma debe brindar confort y seguridad, ya sea para un paciente que ingresa a realizar una primera consulta como aquel que ya es atendido por la misma. Para lograr este objetivo se considera como necesario contar con:

- Diseño arquitectónico conveniente y funcional a la actividad.

- Ambientes cálidos y climatizados.
- Música funcional, televisor LED, cable y otros implementos de entretenimiento.
- Vestimenta acorde a la tarea a desempeñar, con credencial identificatoria donde conste nombre completo, cargos y funciones del portador.
- Otros.

Manual de Calidad

	POLÍTICA DE ATENCIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE	CÓDIGO SCD-POL
		Versión 01
		<i>Página 1 de 2</i>

Clínica Oftalmológica S.A.

1. Visión

Transitar el camino de la excelencia y el rigor científico para ser referente en oftalmología a nivel nacional e internacional en los planos asistenciales, de investigación y de extensión a la comunidad.

2. Misión

Promover una mejor calidad de vida en sus pacientes abarcando todos los niveles asistenciales: prevención, tratamiento, recuperación individual, reinserción familiar, social y laboral, a través de la atención del paciente oftalmológico con enfoques y criterios holísticos y de la continua capacitación, formación y evaluación de sus profesionales.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	POLÍTICA DE ATENCIÓN Y SERVICIO AL CLIENTE	CÓDIGO <i>SCD-POL</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 2</i>

3. Valores

Excelencia profesional.
Compromiso humano.
Trabajo en equipo.
Búsqueda del conocimiento.
Evolución constante.
Responsabilidad social.

4. Política de Calidad.

Brindar servicios oftalmológicos para todas las patologías oculares, de excelencia y con excelencia. Basados en:

- Asistencia efectiva, segura y eficiente en el uso de recursos.
- Experiencia oftalmológica con calidad profesional.
- Respeto al paciente y a todo su entorno familiar.
- Con calidad humana.
- Promoviendo un continuo marco de actualización tecnológica y profesional.
- Con calidad asegurada en la prevención y planificación sistemática.
- Con orgullo de pertenecer a la institución.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	OBJETIVOS DE GESTIÓN	CÓDIGO <i>SDC-OBJ</i>
		Versión 01
		Página 1 de 1

Objetivos del Servicio de Oftalmología.

-Garantizar al paciente un ambiente seguro para la realización de cualquier práctica oftalmológica, de manera de evitar cualquier trauma psicofísico.

-Proporcionar al paciente y a su entorno familiar, un espacio cálido y agradable.

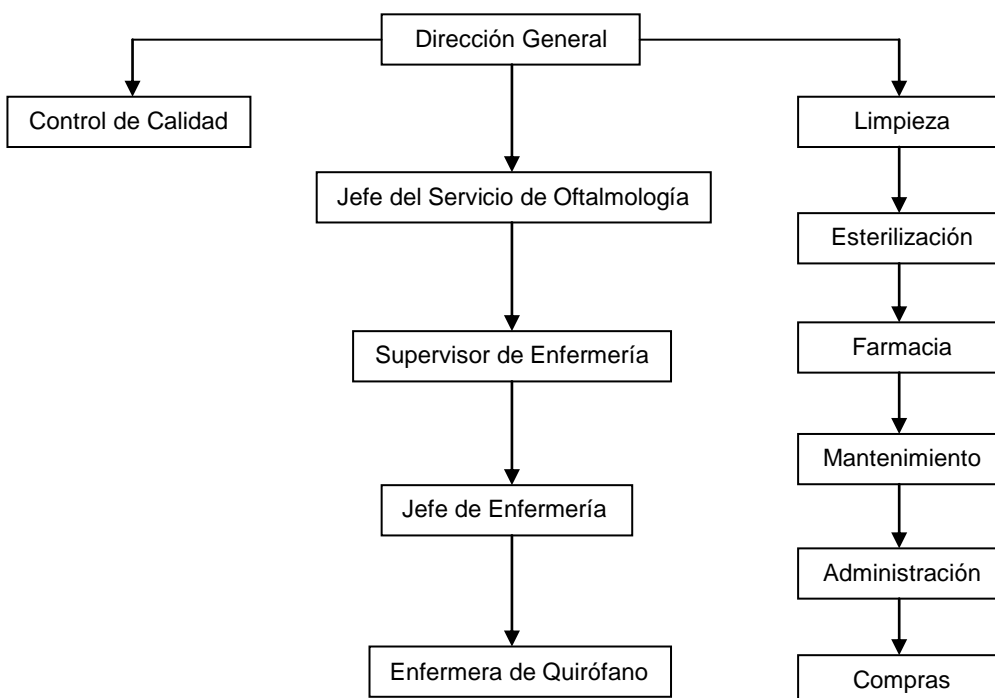
-Reducir los costos de funcionamiento del servicio mediante un óptimo uso de los recursos físicos y humanos existentes.

-Establecer condiciones de trabajo para minimizar el número de infecciones intranosocomiales.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO SDC-ORG
		Versión 01
		Página 1 de 44

1. Organigrama del Servicio de Oftalmología.



Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 44</i>

2. Responsabilidades del equipo participante.

Gerencia

Es responsable de:

- Los procesos administrativos, sus recursos humanos, materiales y tecnológicos para alcanzar la política y objetivos económicos y de calidad establecidos por la Dirección.
- Supervisar las funciones bajo su mando: Compras, Contaduría, Facturación, Coordinador de Mucamas, Secretaría, Cadetería, y Mantenimiento de Instalaciones.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, el seguimiento y la efectivización de las acciones.
- Supervisar los gastos y arqueo diario de la caja chica.
- Verificar todas las cobranzas, su destino y la forma.
- Custodiar todos los valores de la empresa, sean para depósito, pagos, inversiones, y depósitos de valores que lleguen a su poder de los Directores.
- Liquidar las acciones de sueldos, de honorarios a los médicos ejecutantes, empresas, Sociedad de Oftalmología, guardias y diferencias.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 44</i>

- Realizar el cronograma de pago de todos los servicios incluyendo la agenda de vencimientos impositivos.
- Preparar los pagos de acuerdo a la disponibilidad de dinero.
- Atender cualquier inquietud de los proveedores, exceptuando las que estén a cargo la función Compras.
- Coordinar con la función Compras la cantidad y forma de pago a proveedores.
- Atender reclamos, inquietudes y necesidades presentadas por el personal que así lo requiera, tanto del Jefe Servicio de Oftalmología como el personal en general.
- Programar las vacaciones, conjuntamente con cada jefe de área cuando estos lo requieran.
- Participar, en caso de dificultades, de reuniones solicitadas por los jefes de área.
- Determinar las necesidades de formación para el personal que se encuentra a su cargo.
- Realizar las cobranzas y reclamos a las entidades financiadoras y determinar el corte de las mismas previo acuerdo con la Dirección.
- Realizar la gestión de cobranza de los alquileres, entidades financiadoras e instituciones médicas.
- Realizar las estadísticas de todos los servicios.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 4 de 44</i>

- Preparar los contratos aceptados por las entidades financiadoras junto con Facturación, para su carga y comunicación a los sectores correspondientes.
- Participar con abogados y escribanos de reuniones de índole legal de la empresa para los reclamos de pagos, negociaciones varias, personal, contratos, etc.
- Participar en la determinación de los parámetros generales del sistema informático.
- Actualizar todos los seguros. Contratar, dar de baja, participar de las decisiones según lo requiera la Dirección.
- Atender y acompañar las inspecciones que se realizan a la Clínica.
- Participar en el apoyo, seguimiento, verificación y control de facturación.
- Realizar el análisis, determinar la causa de los débitos y re-facturación de los mismos.
- Supervisar cada área y/o servicio y colaborar con los mismos en lo que refiere a las actividades de la Gestión de la Calidad.
- Coordinar los Servicios de Medicina Legal y Medicina del Trabajo.
- Responder por el resultado de las acciones que realizan las funciones bajo su mando en lo que respecta a sus actividades laborales dentro de la Clínica.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 5 de 44</i>

- Garantizar el seguimiento de todas las cobranzas.
- Custodiar todos los recursos financieros de la empresa.
- Garantizar las liquidaciones en tiempo y forma.
- Mantener actualizados todos los contratos y las habilitaciones.
- Controlar los flujos de fondos y comunicar cualquier dificultad a la Dirección.
- Mantener actualizada la documentación relacionada con su función.
- Determinar el orden pagos de acuerdo a la disponibilidad de dinero.
- Disponer, según el mejor criterio, de los recursos administrativos relacionados con su función.
- Suspender el servicio de prestación a las entidades financiadoras que se encuentran en mora.
- Realizar contrataciones por venta de servicios o por ofertas de servicios.
- Modificar las metodologías y la documentación asociada relacionada con su función.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 6 de 44</i>

Secretaria

Es responsable de:

- Cumplir con todas las actividades administrativas asignadas por la Gerencia.
- Asistir a los requerimientos de la Gerencia, recordar agenda diaria.
- Realizar la custodia diaria de la caja chica, registro de gastos, archivo de comprobantes, rendir a la Gerencia y entregar a la Recepción.
- Facturar a particulares y hacer recibos de pagos a particulares e instituciones médicas.
- Actualizar boletín diario y padrón mensual de prestadores vía Internet.
- Entregar al personal adelantos de sueldo de la caja chica previa autorización.
- Preparar y/o enviar la correspondencia de la Empresa según el grado de importancia.
- Retirar, previa firma, correspondencia de Recepción para luego distribuirla.
- Recibir, distribuir, y enviar los fax de la Empresa.
- Suministrar, recoger y procesar las planillas de los distintos sectores y servicios.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 7 de 44</i>

- Dar alta temprana vía mail del personal nuevo a la ART y seguro de vida obligatorio.
- Completar formulario de denuncia de accidente y derivarlo a quien corresponda.
- Mantener actualizados los legajos de todo el personal; contrato de confidencialidad, certificados laborales, alta estudio contable, obra social y registros de capacitación.
- Preparar el Parte de Salida para el personal autorizado; egreso e ingreso.
- Confeccionar las facturas por el alquiler de los consultorios, recibir los pagos, hacer recibos y actualizar la cuenta corriente.
- Responder notas varias.
- Enviar los recibos a los clientes una vez recibidos los pagos.
- Preparar y/o enviar la facturación a las entidades financiadoras.
- Cargar los gastos de celular y teléfonos de la Empresa en una planilla Excel.
- Asegurar la custodia de la caja diaria.
- Garantizar la correcta facturación de las prestaciones particulares.
- Asegurar la correcta distribución de la correspondencia de la Empresa.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 8 de 44</i>

- Mantener actualizadas las estadísticas.
- Asegurar que los legajos del personal estén actualizados y disponibles.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 9 de 44</i>

Contaduría:

Es responsable de:

- Administrar las actividades contables de la Clínica Oftalmológica S.A.
- Mantener al día las cuentas contables.
- Asegurar el correcto archivo de toda la documentación que suministra.
- Mantener la información actualizada y asegurar su disponibilidad cuando la Dirección lo requiera.
- Coordinar la programación de las actividades de formación con las funciones responsables.

Funciones:

Diarias

- Mantener las Cuentas Corrientes, deudores y proveedores.
- Mantener las Conciliaciones Bancarias.
- Informar a la Gerencia sobre los estados bancarios.
- Controlar la correlatividad de los recibos de cobranzas, cheques emitidos y facturas de ventas.

Mensuales

- Pago Proveedores (Emisión de órdenes de pago y cheques).

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 10 de 44</i>

- Hacer pagos de transferencia a la Afip.
- Imprimir los libros IVA Compras y Ventas.
- Cargar y controlar las facturas de compras y ventas y enviarlas al estudio contable.
- Procesar los fondos fijos.
- Conciliación entre aportes por CS, SC, y los planes de salud.
- Colaborar con el pase a contabilidad de los módulos del sistema informático y con las conciliaciones de las cuentas contables para la elaboración del balance.

Anuales

- Procesar y presentar ante la Inscripción de Personas Jurídicas: libros diario, actas directorio, asamblea y registro de acciones de Clínica Oftalmológica S.A. y solo presentar balance y memoria.

Esporádicas

- Actualizar y preparar la información para la apertura cuenta bancos e instituciones que lo soliciten.
- Actualización plan de cuentas.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, el seguimiento y efectivización de las acciones.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 11 de 44</i>

- Mantener al día las cuentas contables.
- Asegurar el correcto archivo de toda la documentación que suministra.
- Mantener la información actualizada y asegurar su disponibilidad cuando la Dirección lo requiera.
- Coordinar la programación de las actividades de formación con las funciones responsables.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 12 de 44</i>

Facturación

Es responsable de:

- Administrar las actividades relacionadas con el proceso de gestión de turnos y toda la documentación de facturación para ser entregada a las Entidades Financiadoras a fin de asegurar el cobro de las prestaciones.
- Supervisar las funciones bajo su mando; Recepcionistas y Operadores.
- Coordinar las actividades de las Recepcionistas.
- Controlar y preparar las ordenes.
- Preparar y controlar la documentación para la facturación
- Facturar mensualmente las órdenes por entidad financiadora.
- Ensobrar la facturación.
- Actualizar en el sistema informático los requerimientos de la Obras Sociales.
- Administrar los débitos.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, el seguimiento y la efectivización de las acciones.
- Detectar las necesidades de formación de las funciones bajo su mando.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 13 de 44</i>

- Organizar reuniones con las Recepcionistas y Operadores para la resolución de problemas.
- Mantener actualizada la documentación relacionada con su función.
- Responder por el resultado de las acciones que realizan las funciones bajo su mando en lo que respecta a sus actividades laborales dentro de la Clínica Oftalmológica S.A.
- Asegurar la entrega de la facturación en tiempo y forma.
- Mantener informadas a las Recepcionistas de las modificaciones en los requerimientos de las Obras Sociales.
- Reprogramar y/o suspender la asignación de turnos.
- Modificar las metodologías y su documentación asociada relacionada con su función.
- Disponer de las salidas del personal administrativo a su cargo.
- Disponer del personal a su cargo para la realización de reuniones.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 14 de 44</i>

Compras

Es responsable de:

- Realizar todas las actividades relacionadas con la compra de insumos así como la selección, evaluación y seguimiento de los proveedores de insumos.
- Elaborar las órdenes de compra y notas de pedido de productos e insumos.
- Comunicar la compra a los proveedores.
- Ingresar al stock los productos e insumos comprados.
- Registrar el consumo de productos e insumos entregados a los distintos sectores.
- Realizar semestralmente el informe del desempeño de proveedores.
- Realizar el seguimiento de las compras.
- Procesar estadísticamente los movimientos de stock.
- Evaluar y seleccionar los movimientos de stock.
- Evaluar y seleccionar a los proveedores.
- Actualizar el stock y los precios de los productos e insumos.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación y el seguimiento, efectivización de las acciones correctivas o preventivas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 15 de 44</i>

- Realizar el registro y seguimiento de los proveedores de servicios externos que le corresponda.
- Controlar el stock mínimo de los productos e insumos.
- Recibir y controlar productos e insumos.
- Aviso y entrega de pagos a proveedores y archivo de la documentación.
- Recibir facturas, procesarlas, y archivarlas.
- Controlar comprobantes IVA compras y enviar al estudio contable.
- Garantizar que los productos e insumos necesarios estén disponibles en tiempo y forma.
- Asegurar la actualización del listado de proveedores autorizados.
- Mantener las estadísticas de los movimientos de stock.
- Mantener informada a la Gerencia sobre el desempeño de los proveedores.
- Asegurar el correcto archivo de toda la documentación que administra.
- Seleccionar proveedores para la solicitud de presupuestos.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 16 de 44</i>

Operadores

Son responsables de:

- Administrar los turnos según requerimientos de los pacientes y la disponibilidad de los servicios, así como la documentación asociada.
- Informar, asignar el turno y registrar al paciente.
- Atender llamadas entrantes.
- Anular consultorios, por ausencia de médicos y/o estudios.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, seguimiento y efectivización de las acciones.
- Solucionar los errores cometidos evitando mayores molestias al paciente.
- Proveer de un trato cordial a los pacientes.
- Asegurar la correcta asignación de los turnos.
- Asegurar la correcta preparación del paciente.
- Confirmar al paciente sobre la asignación de su turno y sus modificaciones.
- Intimar el pago de órdenes a los pacientes deudores.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 17 de 44</i>

Recepcionistas

Son responsables de:

- Administrar los turnos según requerimientos de los pacientes y la disponibilidad de los servicios, así como la documentación asociada.
- Informar, asignar el turno y registrar al paciente.
- Atender llamadas entrantes y salientes.
- Codificar los estudios según pedido médico.
- Pedir autorización a las Entidades Financiadoras.
- Verificar que los consultorios estén ordenados y que no falte ningún insumo.
- Cobrar y entregar los recibos a los pacientes particulares.
- Completar y verificar las ordenes antes de enviarlas a facturación.
- Registrar las horas de uso de los consultorios.
- Programar con médicos anestesistas, día, hora, y preparación para estudios.
- Realizar constancia de atención de estudios.
- Anular consultorios, por ausencia de médicos y/o estudios.
- Recibir la orden y/o credencial del paciente para ser atendido por el médico que hace consultorio externo.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 18 de 44</i>

- Sacar la ficha y una vez terminado el consultorio guardarlas por orden alfabético en el casillero del médico que lo atendió.
- Verificar planillas/cupones de las distintas Entidades Financiadoras y entregar a los profesionales.
- Archivar los estudios que no son retirados, los consentimientos informados firmados por los pacientes y notas varias tales como pedidos médicos, fax, etc.
- Calcular las horas de consultorio de cada médico.
- Cobra los alquileres a los profesionales contra factura.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, el seguimiento y efectivización de las acciones.
- Registrar y reclamar el pago de órdenes adecuadas.
- Organizar y controlar el hospedaje de pacientes del interior. Confeccionar recetas de los sets prequirúrgicos y hacer firmar.
- Controlar los menores en sala de espera.
- Realizar presupuestos para pacientes particulares.
- Solucionar los errores cometidos evitando mayores molestias al paciente (saber detectar momentos de verdad).
- Desarrollar sus actividades considerando a todos los pacientes como inmunocomprometidos.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 19 de 44</i>

- Mantener ordenados los ficheros.
- Proveer de un trato cordial a los pacientes.
- Mantener los consultorios limpios y ordenados.
- Garantizar el llenado de la documentación necesaria para facturación.
- Asegurar la correcta asignación de los turnos.
- Asegurar la correcta preparación del paciente.
- Informar fehacientemente al paciente sobre la asignación de su turno y sus modificaciones.
- Intimar el pago de órdenes a los pacientes deudores.
- No dar turno a pacientes que adeudan y evitar la entrada al consultorio de pacientes falsos.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 20 de 44</i>

Dirección Médica

Es responsable de:

- Administrar todos los recursos de Clínica Oftalmológica S.A., tanto humanos como materiales, para alcanzar la política y los objetivos médicos y económicos establecidos.
- Supervisar las funciones bajo su mando: Representante de la Dirección, Gerencia y Servicio de Oftalmología.
- Definir los nomencladores.
- Realizar auditorías administrativas.
- Detectar las necesidades de formación de las funciones bajo su mando.
- Administrar todos los procesos de Clínica Oftalmológica S.A.
- Administrar los criterios métodos necesarios para asegurarse de que tanto la operación como el control de los procesos aplicados sean eficaces.
- Participar, cuando corresponde, en el análisis, la toma, la implementación, el seguimiento y efectivización de las acciones correctivas o preventivas.
- Revisar y aprobar la documentación de la cual es responsable.
- Determinar los criterios para la evaluación y selección de los proveedores.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 21 de 44</i>

- Organizar las tareas asistenciales en los consultorios.
- Apoyar a la gestión en la implementación de las estrategias, políticas y objetivos predefinidos.
- Verificar que las funciones, responsabilidades y autoridades de todo el personal se encuentren descritas y, transmitirlos a todo el personal.
- Verificar que se cumplen los requisitos legales y reglamentarios.
- Gestionar las refinanciaciones y pagos; la innovación tecnológica; la compra de insumos importantes y equipos.
- Gestionar los conflictos de índole legal, societaria, contable, seguridad, higiene, calidad y de personal.
- Revisar y verificar que se establezca, implemente y mantenga el sistema de gestión incluidas las estrategias, políticas y objetivos y adecuarlos si fuera necesario.
- Asegurar que todo el personal ha comprendido la política, los objetivos, sus funciones, responsabilidades y autoridades.
- Responder por el resultado de las acciones que realizan las funciones bajo su mando en lo que respecta a sus actividades laborales dentro de la Clínica.
- Asegurar la disponibilidad de recursos e información necesarios para apoyar la operación y el seguimiento de los procesos.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 22 de 44</i>

- Asegurar la formación de las funciones bajo su mando.
- Mantener la integridad del sistema de gestión cuando se planifica e implementan cambios en este.
- Mantener actualizada y adecuada la política, lo objetivos y las estrategias.
- Determinar y/o modificar las políticas y los objetivos de la empresa tanto generales como particulares de cada función.
- Disponer, según el mejor criterio, de todos los recursos de la empresa.
- Aceptar y/o rescindir los contratos con las Entidades Financiadoras y con los proveedores de servicios.
- Modificar cualquier metodología y su documentación asociada.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 23 de 44</i>

Jefe del Servicio de Oftalmología

Es el responsable administrativo y asistencial ante las autoridades de la institución. Las responsabilidades son:

- Organizar el servicio a su cargo de acuerdo a los objetivos de la organización.
- Planificar las tareas y responsabilidades al personal de servicio.
- Elaborar normas, guías clínicas y protocolos para la sistematización del monitoreo y control de gestión interno.
- Calcular las necesidades del personal y el presupuesto del servicio a su cargo.
- Monitorear las actividades, los recursos físicos, el equipamiento, los recursos humanos financieros a su cargo.
- Cumplir y hacer cumplir las normas, reglamentaciones, guías, y protocolos intra y extra institucionales.
- Supervisar la documentación del servicio actualizada y archivada por el lapso que fijen las autoridades.
- Evaluar el desempeño del personal del Servicio.
- Realizar junto con los profesionales del servicio tareas de docencia e investigación.
- Elaborar programas de capacitación y mejora de la calidad para el personal del servicio.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 24 de 44</i>

Médico del Staff de profesionales de la institución

Es responsable de:

- Conducir y administrar los recursos físicos, el equipamiento y los recursos a su cargo.
- Realizar prácticas, procedimientos e intervenciones médicas acordes a sus conocimientos, especialización y experiencia.
- Realizar tareas de docencia e investigación.
- Participar en actividades de capacitación de personal.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 25 de 44</i>

Supervisor de Enfermería

Es responsable de:

- Planificar los diagramas de asistencia de enfermería.
- Asesorar al Jefe del Servicio de Oftalmología en el desarrollo del modelo de gestión.
- Suministrar y administrar el personal de enfermería a las necesidades del servicio.
- Administrar la planta de personal reemplazable, seleccionándolo, distribuyéndolo y evaluándolo.
- Asesorar al Jefe del Servicio de Oftalmología en la elaboración del presupuesto de la unidad.
- Supervisar y auditar el desarrollo de las actividades de enfermería, durante los turnos, distribuyéndolo de acuerdo a las necesidades y complejidad del servicio.
- Coordinar con la guardia médica y con los servicios de apoyo (limpieza, esterilización, farmacia, mantenimiento y sistema de información y estadística) para dar solución a los problemas técnicos y administrativos que se presenten.
- Coordinar los turnos generales del Servicio.
- Asesorar al Jefe del Servicio de Oftalmología en lo que a enfermería se refiere y mantenerlo informado sobre asuntos y funcionamiento del servicio de enfermería.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 26 de 44</i>

- Mantener sistemas de registro actualizados de antecedentes y tipos de turnos de cada personal de enfermería.
- Difundir el modelo de gestión y velar por que se cumpla.
- Controlar el cumplimiento de los reglamentos de seguridad de los pacientes y el personal.
- Controlar el cumplimiento del presupuesto del servicio de enfermería e informar periódicamente a su superior.
- Informar al personal nuevo sobre la estructura organizacional, normas y políticas de la institución.
- Incentivar, colaborar y participar en las actividades de docencia e investigación del servicio.
- Mantener calificaciones actualizadas del personal de enfermería reemplazante y de planta.
- Asesorar al jefe del Servicio de Oftalmología en la elaboración de programas de capacitación y mejora de la calidad del personal del servicio.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 27 de 44</i>

Jefe de Enfermería

Es responsable de:

- Organizar y controlar junto al Supervisor de Enfermería las necesidades de recursos humanos y materiales de toda la unidad.
- Programar la asignación de pacientes al personal de enfermería a su cargo.
- Realizar informes diarios sobre los insumos para controlarlos.
- Realizar un registro diario sobre el funcionamiento y ubicación de todos los equipos móviles.
- Implementar las políticas institucionales y de procedimientos.
- Atender a los médicos en las recorridas y solicitar que realcen sus obligaciones diarias (p.ej. indicaciones).
- Realizar la supervisión, evaluación y auditoría del cumplimiento de las funciones y actividades asistenciales de enfermeras y auxiliares (comunicando cualquier inconveniente al Supervisor de Enfermería).
- Realizar actividades asistenciales de atención directa para cubrir imprevistos.
- Mantener permanentemente informado al personal sobre las normas y procedimientos técnicos referentes a la atención de los pacientes.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 28 de 44</i>

- Proponer al Supervisor de Enfermería reuniones de trabajo para optimizar la atención.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 29 de 44</i>

Enfermera de Quirófano

Es responsable de:

Ejecutar acciones conforme a las tareas asignadas por el Jefe de Enfermería, y dentro de sus labores se encuentran:

- Coordinar acciones con los demás servicios de apoyo (limpieza, esterilización, farmacia, etc.) involucrados en la atención integral del paciente.
- Realizar inventario diario de la existencia de insumos dentro del quirófano.
- Confeccionar junto con el jefe de enfermería el pedido de elementos necesarios para el funcionamiento del quirófano.
- Organizar y supervisar los recursos humanos y materiales de los quirófanos y mantener informado periódicamente al Jefe de Enfermería.
- Asistir al Jefe de Enfermería a mantener, controlar, supervisar, e implementar el stock de insumos de enfermería, farmacia, y ropería utilizados en el quirófano.
- Velar por el buen uso y cuidado de los insumos utilizados en el quirófano.
- Realizar informes periódicos sobre los insumos de quirófano y notificarlos al Jefe de Enfermería.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 30 de 44</i>

- Controlar la limpieza de los quirófanos, prequirófanos, y el sector de limpieza y lavado de material.
- Realizar procedimientos de control de signos vitales y otros y sus registros correspondientes.
- Cumplir con las prescripciones médicas registradas.
- Mantenerse informada de las normas y procedimientos técnicos referentes a insumos y bioseguridad.
- Recomendar y evaluar a su jefe directo los materiales e insumos utilizados en la unidad.
- Realizar tareas de docencia e investigación.
- Participar en el control de infecciones intranosocomiales y en el cumplimiento de las normas vigentes.
- Participar en reuniones programadas de la unidad y del Servicio de Enfermería.
- Colaborar en el desarrollo de programas y talleres de educación continua dirigidos al personal de enfermería de Clínica Oftalmológica S.A.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 31 de 44</i>

Enfermera

Ejecutar acciones conforme a las tareas asignadas por el Jefe de Enfermería, y dentro de sus labores se encuentran:

- Elaborar un plan de atención de enfermería, de acuerdo a las prescripciones médicas y al diagnóstico de las necesidades de atención de enfermería de cada paciente.
- Participar en la planificación y diseño de sistemas de trabajo y brindar aportes sobre la formulación de normas.
- Coordinar su trabajo con el Equipo Médico, unidades de apoyo administrativo, apoyo clínico y otros servicios.
- Identificar al paciente por su nombre y apellido una vez que ingresa al Servicio.
- Valorar las necesidades del paciente.
- Realizar procedimientos de control de signos vitales y completar la historia clínica de enfermería con el registro correspondiente de los datos obtenidos.
- Cumplir con las prescripciones médicas indicadas.
- Ejecutar tareas e instrucciones especiales que le asigne su Jefe directo.
- Velar por el cumplimiento de las normas de asepsia en todos los procedimientos que se desarrollen en el servicio.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 32 de 44</i>

- Obtener, interpretar, registrar y proporcionar información acerca de la ubicación, tratamiento, evolución y estado de cada uno de los pacientes a su cargo.
- Recibir y entregar las guardias paciente por paciente y sus registros en el Libro de Novedades.
- Cuidar los equipos, planta física, insumos y materiales existentes en Clínica Oftalmológica S.A.
- Manejar información confidencial de la institución.
- Mantener los registros, evaluar, hacer el seguimiento y control, de pacientes dejados a su cargo.
- Ejecutar el plan de cuidados en la atención de enfermería, efectuando técnicas, procedimientos, asignando actividades y consultando conductas a seguir a en situaciones d emergencia, previa comunicación con el médico a cargo del paciente.
- Recomendar y evaluar a su Jefe directo los materiales e insumos utilizados en la unidad.
- Suplir el ausentismo imprevisto cubriendo los turnos de enfermería faltantes.
- Realizar tareas de docencia e investigación.
- Participar en el control de infecciones intranosocomiales y en el cumplimiento de las normas vigentes.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 33 de 44</i>

- Participar en reuniones programadas de la unidad y del Servicio de Enfermería.
- Colaborar en el desarrollo de programas y talleres de educación continua dirigidos al personal de enfermería de Clínica Oftalmológica S.A.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO SDC-ORG
		Versión 01
		<i>Página 34 de 44</i>

Coordinador de mucamas

Es responsable de:

- Administrar los recursos humanos, materiales y tecnológicos para alcanzar el orden, la limpieza y la higiene requeridos por la Dirección.
- Supervisar las actividades realizadas por las Mucamas.
- Programar y controlar las actividades de maestranza y sus horarios de trabajo.
- Sugerir a las demás mucamas la mejor forma de realizar las actividades.
- Administrar a las mucamas en los posibles reemplazos por enfermedad o licencias especiales.
- Acordar y programar con suficiente anticipación las vacaciones anuales y los reemplazos.
- Mantener reuniones periódicas con las mucamas para resolver los problemas y sugerencias presentados.
- Analizar y determinar con las mucamas las necesidades de formación.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, seguimiento y efectivización de las acciones.
- Revisar ya probar la documentación de la cual es responsable.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 35 de 44</i>

- Controlar el correcto manejo de los residuos patógenos hasta el depósito. Determinar las necesidades de compra de artículos de limpieza y cafetería.
- Responder por el resultado de las acciones que realizan las mucamas en lo que respecta a sus actividades laborales dentro de la Clínica.
- Asegurar la higiene y orden de la Clínica.
- Asegurar que todos los residuos son recolectados y almacenados en depósito.
- Disponer de las salidas del personal de maestranza.
- Dispone del personal de maestranza para cambio de turnos.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 36 de 44</i>

Mucamas

Es responsable de:

- Realizar todas las actividades correspondientes al mantenimiento del orden y la limpieza, tanto del edificio como de la ropa y las instalaciones y servicios de cafetería.
- Cumplir con el Organigrama de Tareas.
- Mantener la higiene y control de los sanitarios cada 2 hs.
- Mantener la higiene de los sectores.
- Realizar la Recolección, Transporte y Almacenamiento de los Residuos comunes y patológicos.
- Lavar la ropa y planchar.
- Servir el refrigerio.
- Desarrollar sus actividades considerando a todos los pacientes como inmunocomprometidos.
- Participar, cuando corresponde, en el análisis, la toma, la implementación, el seguimiento y efectivización de las acciones.
- Responder a tareas de limpieza solicitadas por el personal y directores.
- Cumplir con las actividades de orden, limpieza e higiene del centro.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO SDC-ORG
		Versión 01
		<i>Página 37 de 44</i>

- Conocer y aplicar correctamente el tratamiento de residuos patológicos.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 38 de 44</i>

Mantenimiento de equipos

Es responsable de:

- Administrar las actividades y recursos de mantenimiento de equipos para mantenerlos en correcto funcionamiento.
- Supervisar las tareas de mantenimiento y limpieza de los equipos.
- Realizar trabajos de mantenimiento y reparaciones.
- Programar y controlar las actividades de mantenimiento y limpieza de los chasis.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, seguimiento y efectivización de las acciones.
- Revisar y aprobar la documentación de la cual es responsable.
- Asesorar a la Dirección en la renovación de equipamiento e infraestructura.
- Comunicar a las funciones Facturación y Dirección sobre la parada de los equipos.
- Coordinar con los servicios de mantenimiento externo para la inmediata reparación de los equipos.
- Seguimiento y control de los mantenimientos preventivos y correctivos contratados por la Dirección.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 39 de 44</i>

- Seguimiento y control del equipo de aire acondicionado del quirófano de cirugía refractiva. Seguimiento y control del equipo de aire acondicionado central.
- Responder por el resultado de las acciones de mantenimiento de equipos que realizan la función Técnicos.
- Garantizar el funcionamiento de los equipos de diagnóstico por imágenes y de quirófano.
- Asegurar el correcto llenado de los registros de mantenimiento en las carpetas.
- Modificar la documentación relacionada con su función.
- Designar a los Técnicos en las funciones de mantenimiento según su mejor criterio.
- Sacar de servicio aquellos equipos que considere que no están aptos para su funcionamiento, hasta que se resuelva su problema.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 40 de 44</i>

Mantenimiento de instalaciones

Es responsable de:

- Mantener la seguridad y el funcionamiento de las instalaciones.
- Supervisar la función Serenos.
- Realizar trabajos de mantenimiento y reparaciones.
- Procesar los residuos patológicos.
- Elaborar órdenes de Compra.
- Comunicar la compra a los proveedores.
- Registrar el consumo de los insumos que administra.
- Programar y controlar las actividades de los Serenos.
- Detectar las necesidades de formación de la función Serenos.
- Realizar contrataciones de terceros relacionadas con sus actividades.
- Controlar los elementos contra incendio.
- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, seguimiento y efectivización de las acciones.
- Revisar y aprobar la documentación de la cual es responsable.
- Responder por el resultado de las acciones que realizan la función Serenos en lo que respecta a sus actividades laborales dentro de la Clínica.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 41 de 44</i>

- Asegurar el tratamiento y la disposición final de los residuos patógenos.
- Garantizar el funcionamiento de las instalaciones.
- Modificar la documentación relacionada con su función.
- Realizar compras menores de insumos de mantenimiento.
- Aceptar o rechazar proveedores relacionados con su actividad.
- Disponer del personal de Serenos según su mejor criterio.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 42 de 44</i>

Serenos

Es responsable de:

- Custodiar las instalaciones de la Clínica Oftalmológica S.A. así como los bienes que dentro del mismo se encuentran y colaborar en tareas auxiliares.
- Custodiar las instalaciones de Clínica Oftalmológica S.A.
- Cumplir con las actividades asignadas por el responsable de mantenimiento.
- Colaborar con la limpieza de las instalaciones: cielo raso, aberturas, paredes, frente interior del edificio, viga acceso planta alta.
- Mantener limpio y ordenado el depósito y el box de residuos patógenos, incluidos techos y pileta.
- Colaborar con la recolección de residuos patógenos según normas de bioseguridad.
- Colaborar con el mantenimiento de las instalaciones y equipos.
- Entregar encomiendas.
- Preparar los embalajes para los estudios que se envían por micro.
- Prender la calefacción y el aire acondicionado.
- Conocer y aplicar las normas de bioseguridad.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 43 de 44</i>

- Participar, cuando corresponda, en el análisis, la toma, la implementación, el seguimiento y efectivización de las acciones.
- Garantizar la custodia de Clínica Oftalmologica S.A.
- Asegurar que todas las encomiendas son entregadas en tiempo y forma.
- Comunicar todas las novedades a la función mantenimiento de instalaciones.
- Asegurar una adecuada calefacción-refrigeración en cada sector.
- Desconectar de la red eléctrica las máquinas de agua y café.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ORGANIGRAMA DEFINICIÓN DEL EQUIPO PARTICIPANTE	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 44 de 44</i>

Cadetería

Es responsable de

- Realizar los trámites según requerimiento del sector administrativo transportando con precaución la documentación y valores de Clínica Oftalmológica S.A.
- Realizar trámites bancarios en general.
- Entregar la facturación a entidades financiadoras y empresas.
- Controlar la facturación con sus correspondientes avisos de retorno.
- Retirar pagos de entidades financiadoras, instituciones médicas y empresas.
- Entregar documentación externa
- Colaborar con las funciones administrativas.
- Custodiar la documentación y los valores que transporta.
- Asegurar la correcta realización de los trámites bancarios asignados.
- Asegurar la correcta distribución de la documentación externa.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	PERFILES DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL ÁREA DE SALUD	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 6</i>

Jefe del Servicio de Oftalmología

- Conocimiento: Médico matriculado Especialista en Oftalmología.
- Experiencia profesional: Demostrar un mínimo de 10 (diez) años de antigüedad certificados.
- Competencias:
 - Poseer orientación y competencia en patologías oftalmológicas tanto clínicas como quirúrgicas y en el tratamiento sus complicaciones.
 - Demostrar antecedentes teóricos y prácticos en Administración de Servicios de Salud.
 - Poseer capacidad para el manejo del personal.
 - Desarrollar habilidades de gerenciamiento y funcionamiento de redes de servicios de atención oftalmológica.
 - Colaborar en las tareas administrativas con las autoridades de la institución.
- Características de salud:
 - No debe contar con enfermedades infectocontagiosas.
 - No padecer adicciones comprobables u otra causa que le imposibilite la realización de sus tareas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	PERFILES DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL ÁREA DE SALUD	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 6</i>

Médico del Servicio

- Conocimiento: Médico matriculado Especialista en Oftalmología.
- Experiencia profesional: Demostrar un mínimo de 5 (cinco) años de antigüedad certificados.
- Competencias:
 - Poseer orientación y competencia en patologías oftalmológicas tanto clínicas como quirúrgicas y en el tratamiento de sus complicaciones.
 - Colaborar en las tareas administrativas con las autoridades de la institución.
- Características de salud:
 - No debe contar con enfermedades infectocontagiosas.
 - No padecer adicciones comprobables u otra causa que le imposibilite la realización de sus tareas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	PERFILES DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL ÁREA DE SALUD	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 6</i>

Supervisor de Enfermería

- Conocimiento: Licenciada en Enfermería matriculada.
- Experiencia profesional: Haberse desempeñado un mínimo de 3 (tres) años en la Jefatura.
- Competencias:
 - Demostrar antecedentes de administración, supervisión y enseñanza de enfermería.
 - Poseer capacidad para el manejo de personal.
 - Contar con conocimientos de gerenciamiento en servicios de salud.
- Características de salud:
 - No debe contar con enfermedades infectocontagiosas.
 - No padecer adicciones comprobables u otra causa que le imposibilite la realización de sus tareas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	PERFILES DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL ÁREA DE SALUD	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 4 de 6</i>

Jefe de Enfermería

- Conocimiento: Licenciada en Enfermería matriculada.
- Experiencia profesional: Acreditar una antigüedad en enfermería asistencial no menor a 4 (cuatro) años.
- Competencias:
 - Demostrar antecedentes de administración, supervisión y enseñanza de enfermería.
 - Poseer capacidad para el manejo de personal.
 - Contar con conocimientos de gerenciamiento en servicios de salud.
- Características de salud:
 - No debe contar con enfermedades infectocontagiosas.
 - No padecer adicciones comprobables u otra causa que le imposibilite la realización de sus tareas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	PERFILES DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL ÁREA DE SALUD	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 5 de 6</i>

Enfermera de Quirófano

- Conocimiento: Licenciada en Enfermería matriculada.
- Experiencia profesional: Acreditar una antigüedad en enfermería asistencial no menor a 2 (dos) años dentro de quirófano.
- Competencias:
 - Demostrar antecedentes de administración, supervisión y enseñanza de enfermería.
 - Poseer capacidad para el manejo de personal.
 - Contar con conocimientos de gerenciamiento en servicios de salud.
- Características de salud:
 - No debe contar con enfermedades infectocontagiosas.
 - No padecer adicciones comprobables u otra causa que le imposibilite la realización de sus tareas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	PERFILES DEL PERSONAL INVOLUCRADO EN EL ÁREA DE SALUD	CÓDIGO <i>SDC-ORG</i>
		Versión 01
		<i>Página 6 de 6</i>

Enfermera

- Conocimiento: Licenciada en Enfermería matriculada.
- Experiencia profesional: Acreditar una antigüedad en enfermería asistencial no menor a 2 (dos) años.
- Características de salud:
 - No debe contar con enfermedades infectocontagiosas.
 - No padecer adicciones comprobables u otra causa que le imposibilite la realización de sus tareas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO <i>SDC-CIC</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 1</i>

1. Objetivo

Determinar los momentos de verdad que perciben los clientes (pacientes y médicos) del servicio ofrecido y que determinan la conformidad hacia el Servicio de Oftalmología.

2. Alcance

Es la aplicación a todas las actividades que perciben los pacientes/clientes desde que ingresan a la institución hasta que se dan de baja del servicio y que afectan la determinación de la Calidad del mismo.

3. Desarrollo

La organización examina los momentos de verdad experimentados por el cliente y determina quién y cómo se controlan de acuerdo con los siguientes ciclos de servicio:

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 2 de 1</i>

3.1. Ciclo de Prestación del Servicio al paciente ambulatorio.

ORDEN	ACCIÓN	ASPECTO- FUNCIONAMIENTO- PERCEPCIÓN- VISIÓN	CÓDIGO	OBSERVACIÓN Depende del servicio de:
1	LLEGA A LA PUERTA DE INGRESO	– Percibe el aspecto de la fachada		Mantenimiento
2	INGRESA A LA INSTITUCIÓN (sala de ingreso)	– Percibe la limpieza del sector		Limpieza
		– Percibe la calidez del ambiente de trabajo		Recurso humano
		– Percibe el aspecto de paredes y techos		Mantenimiento
3	ESPERA SER ATENDIDO	– Percibe el tiempo en que es atendido desde su llegada		Recurso humano
4	ES ATENDIDO POR LA RECEPCIO- NISTA	– Percibe el trato suministrado		Recurso humano
		– Percibe la predisposición para solucionar algún faltante de documentación		Recurso humano
		– Rapidez en realizar el ingreso		Recurso humano

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 3 de 1</i>

5	ESPERA EN SALA	– Escucha comentarios de los profesionales que transitan y del personal administrativo		Recurso humano
		Percibe el tiempo en ser atendido por el médico		Recurso humano
6	ES ATENDIDO POR EL MÉDICO OFTALMÓLO- GO	– Percibe el trato		Personal Médico
		– Escucha el diagnóstico		
		– Recibe indicaciones y tratamiento		
7	SALE DE LA INSTITUCIÓN	– Percibe el trato de despedida		Recurso humano

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 4 de 1</i>

3.1. Ciclo de Prestación del Servicio al paciente quirúrgico

ORDEN	ACCIÓN	ASPECTO- FUNCIONAMIENTO- PERCEPCIÓN- VISIÓN	CÓDIGO	OBSERVACIÓN Depende del servicio de:
1	LLEGA A LA PUERTA DE INGRESO	– Percibe el aspecto de la fachada		Mantenimiento
2	INGRESA A LA INSTITUCIÓN (sala de ingreso)	– Percibe la limpieza del sector		Limpieza
		– Percibe la calidez del ambiente de trabajo		Recurso humano
		– Percibe el aspecto de paredes y techos		Mantenimiento
3	ESPERA SER ATENDIDO	– Percibe el tiempo en que es atendido desde su llegada		Recurso humano
4	ES ATENDIDO POR LA RECEPCIO- NISTA	– Percibe el trato suministrado		Recurso humano
		– Percibe la predisposición para solucionar algún faltante de documentación		Recurso humano
		– Rapidez en realizar el ingreso		Recurso humano

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 5 de 1</i>

5	ESPERA EN SALA	– Escucha comentarios de los profesionales que transitan y del personal administrativo		Recurso humano
		Percibe el tiempo en ser atendido por el médico		Recurso humano
6	ES ATENDIDO POR EL MÉDICO OFTALMÓLO- GO	– Percibe el trato		Personal Médico
		– Control prequirúrgico		
		– Recibe las indicaciones prequirúrgicas		
7	ES INTERNADO	–		
8	TRASLADO POR ENFERMERA A LA HABITACIÓN ASIGNADA			
		– Asistencia	– Percibe la seguridad al estar asistido por la enfermera	INS-TRA
			– Percibe el trato de la enfermera	

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 6 de 1</i>

		– Percibe la imagen de la enfermera (inspira confianza)		Recurso Humano
	-En silla de ruedas	– Percibe la seguridad de cómo lo pasan a la silla	INS-TRA	
		– Percibe la limpieza de la silla		Limpieza
		– Percibe si esta corroída la silla		Mantenimiento
		– Percibe si esta vieja la silla		Mantenimiento
		– Percibe el giro y movimiento de las ruedas		Mantenimiento
		– Percibe su desplazamiento		Mantenimiento
9		RECORRE EL PASILLO	– Percibe el estado de limpieza	
	– Percibe el estado de mantenimiento de paredes y de techos			Mantenimiento
	– Percibe la decoración y mobiliario			Dirección
	– Percibe el orden			Limpieza

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
		Versión 01
		<i>Página 7 de 1</i>

		- Percibe el buen ambiente laboral		Recurso humano
10	LLEGA A LA PUERTA DE LA HABITACIÓN	- Percibe aspecto y limpieza		Limpieza
		- Percibe si la puerta abre/cierra de manera correcta		Mantenimiento
11	ES "INGRESADO" POR LA ENFERMERA	- Percibe la existencia del ventanal vidriado y observa cual es la vista		Limpieza
		- Percibe la limpieza y orden de la habitación		Limpieza
		- Percibe si se escuchan ruidos externos		Recurso Humano
		- Escucha las indicaciones de la enfermera		Enfermería
		- Aprende la ubicación y como utilizar el mobiliario, los aparatos de confort y el llamador de enfermería		Enfermería

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 8 de 1</i>

		– Percibe el trato que recibe		Recurso humano
		– Percibe si hay exposición innecesaria de su cuerpo cuando se le viste con el camisolín		Recurso humano
12	LA ENFERMERA LLEVA A CABO LAS INDICACIONES MÉDICAS PRESCRIP-TAS	– Percibe si se lava las manos (antes y después de atenderlo)	INS-LAV	
		– Percibe el trato de atención		Recurso Humano
		– Percibe que registra datos en su Historia Clínica		Enfermería
13	ES CONTROLADO POR EL MÉDICO QUE REALIZARÁ LA CIRUGÍA	– Percibe si se lava las manos (antes y después de atenderlo)	INS-LAV	
		– Percibe el trato de atención		Recurso Humano
		– Escucha el diagnóstico y sugerencias		Personal Médico
		– Percibe que registra datos en su Historia Clínica		Personal Médico

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 9 de 1</i>

14	TRASLADO A QUIRÓFANO POR LA ENFERMERA DEL SECTOR			
	- Asistencia	- Percibe la seguridad de estar asistido por la enfermera	INS-TRA	
		- Percibe del trato de la enfermera		Recurso humano
		- Percibe la imagen de la enfermera (inspira confianza)		Recurso humano
	- En silla de ruedas	- Percibe la seguridad de cómo lo pasan a la silla	INS-TRA	
		- Percibe la limpieza de la silla		Limpieza
		- Percibe si esta corroída la silla		Mantenimiento
		- Percibe si está vieja la silla		Mantenimiento
		- Percibe el giro y el movimiento de las ruedas		Mantenimiento
		- Percibe su desplazamiento		Mantenimiento

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 10 de 1</i>

15	RECORRE EL PASILLO	- Percibe el estado de limpieza		Limpieza
		- Percibe el mantenimiento de paredes y techos		Mantenimiento
		- Percibe la decoración y el mobiliario		Dirección
		- Percibe el orden		Limpieza
		- Percibe el buen ambiente laboral		Recurso Humano
16	LLEGA A LA PUERTA DEL QUIRÓFANO	- Percibe su aspecto y limpieza		Limpieza
		- Percibe si la puerta abre/cierra de manera correcta		Mantenimiento
17	INGRESA A QUIRÓFANO	- Percibe la temperatura interior	REG-CHL	
		- Percibe el estado de limpieza y orden del quirófano		Limpieza
		- Percibe el mantenimiento de paredes y techos		Mantenimiento

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
		Versión 01
		<i>Página 11 de 1</i>

		- Percibe el ambiente humano (tranquilidad/nerviosismo)		Recurso Humano
18	ES ASISTIDO PARA SUBIRSE A LA CAMILLA	- Percibe la altura de la camilla		Enfermería
		- Percibe la limpieza de la camilla		Limpieza
		- Percibe la integridad de la superficie de la camilla		Mantenimiento
		- Percibe la comodidad de la camilla		Mantenimiento
19	TIEMPO PREQUIRÚRGICO	- Escucha las indicaciones del cirujano		Personal Médico
		- Percibe la tranquilidad del cirujano y del equipo quirúrgico		Personal Médico
		- Percibe el buen ambiente laboral		Recurso Humano
		- Percibe música		Recurso Humano
20	CIRUGÍA	- Percibe la evolución del acto quirúrgico		Personal Médico

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
		Versión 01
		<i>Página 12 de 1</i>

		- Escucha las indicaciones del cirujano		Personal Médico
		- Percibe la tranquilidad del cirujano y del equipo quirúrgico		Personal Médico
		- Percibe el buen ambiente laboral		Recurso Humano
21	TIEMPO POSTQUIRÚRGICO	- Escucha las indicaciones y cuidados postquirúrgicos		Personal Médico
		- Percibe la tranquilidad del cirujano y del equipo quirúrgico		Recurso Humano
		- Percibe el buen ambiente laboral		Recurso Humano
22	ES ASISTIDO PARA BAJARSE DE LA CAMILLA	- Percibe seguridad en el pase de la camilla a la silla de ruedas	INS-TRA	
23	TRASLADO A LA HABITACIÓN (RECUPERACIÓN)			

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CICLO DE PRESTACIÓN DEL SERVICIO	CÓDIGO SDC-CIC
	Versión 01
	<i>Página 13 de 1</i>

	– En silla de ruedas	– Percibe la limpieza de la silla		Limpieza
		– Percibe la limpieza de la silla		Mantenimiento
		– Percibe si esta corroída la silla		Mantenimiento
		– Percibe si esta vieja la silla		Mantenimiento
		– Percibe el giro y movimiento de las ruedas		Mantenimiento
		– Percibe su desplazamiento		Mantenimiento
24	SE REALIZAN LAS ÚLTIMAS INDICACIONES PERTINENTES	– Percibe seguridad y tranquilidad		Recurso Humano
		– Percibe la importancia de los cuidados postquirúrgicos a prodigarse		Recurso Humano
25	ES DADO DE ALTA MÉDICA	– Percibe que el tiempo que estuvo internado fue el suficiente		Personal Médico
26	SALE DE LA INSTITUCIÓN	– Percibe el trato de despedida		Recurso Humano

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DE CONTROL DE LA CALIDAD (Plan de Calidad)	CÓDIGO <i>SDC-ECC</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 2</i>

1. Objetivo.

Establecer las bases sobre las que se apoya el Sistema de Calidad para asegurar la conformidad del servicio con los requisitos establecidos. El Sistema de Calidad debe ser una herramienta eficaz para alcanzar, mantener y mejorar la calidad.

2. Alcance.

Es de aplicación a todas las actividades que afectan a la calidad del Servicio y personal de la Organización.

3. Desarrollo.

La Organización define y documenta el modo en que cumplirá los requisitos para la Calidad en la prestación del Servicio de acuerdo con el siguiente plan:

3.1. Ingreso a internación.

	ACCIÓN	RESPONSABLE	DOC. APLICABLE	C.CAL./ VERIFIC.	REGISTRO
101	Alta de la institución	Administración	-		
102	Trasladar al paciente al área de internación	Enfermera	INS-TRA		

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DE CONTROL DE LA CALIDAD (Plan de Calidad)	CÓDIGO <i>SDC-ECC</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 2</i>

103	Ingresar al paciente a la habitación	Enfermera	-		
104	Lavado de manos higiénico (antes de la atención)	Enfermera	INS-LAV		
105	Controlar signos vitales del paciente	Enfermera	-		
106	Registrar datos en hoja de enfermería	Enfermera			
107	Realizar las indicaciones médicas prescriptas	Enfermera			
108	Registrar en hoja de enfermería	Enfermera			
109	Lavado de manos higiénico (antes de la atención)	Enfermera	INS-LAV		
110	Control periódico del estado del paciente	Enfermera			

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DE CONTROL DE LA CALIDAD (Plan de Calidad)	CÓDIGO <i>SDC-ECC</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 2</i>

111	Ingreso a quirófano	Enfermera de quirófano	-		
112	Lavado de manos higiénico	Enfermera de quirófano	INS-LAV		
113	Verificar quirófano	Enfermera de quirófano	INS-INI	X	REG-CHL
114	Paciente en condiciones de ser intervenido quirúrgicamente				
115	Realizar las indicaciones médicas prescriptas	Enfermera			
116	Registrar en hoja de enfermería	Enfermera			
117	Lavado de manos higiénico (antes de la atención)	Enfermera	INS-LAV		
118	Control periódico del estado del paciente	Enfermera			
119	Ingresar a quirófano	Enfermera de quirófano	-		

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DE CONTROL DE LA CALIDAD (Plan de Calidad)	CÓDIGO <i>SDC-ECC</i>
		Versión 01
		<i>Página 4 de 2</i>

120	Lavado de manos higiénico	Enfermera de quirófano	INS-LAV		
121	Verificar quirófano	Enfermera de quirófano	INS-INI	X	REG-CHL

3.2. Cirugía

	ACCIÓN	RESPONSABLE	DOC. APLICABLE	C.CAL./ VERIFIC.	REGISTRO
122	Ingreso del cirujano a prequirófano	-	-		
123	Lavado de manos quirúrgico	Médico	INS-LAV		
124	Trasladar al paciente a quirófano	Enfermera	INS-TRA		
125	Lavado de manos higiénico	Enfermera de quirófano	INS-LAV		
126	Recibir e "ingresar" al paciente	Enfermera de quirófano			
127	Ingreso a quirófano	Médico			

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DE CONTROL DE LA CALIDAD (Plan de Calidad)	CÓDIGO <i>SDC-ECC</i>
		Versión 01
		<i>Página 4 de 2</i>

128	Colocar vestimenta de protección y guantes estériles descartables	Enfermera de quirófano			
129	Asistir con los materiales, insumos y aparatología al profesional	Enfermera de quirófano			
130	Registrar los materiales e insumos en hoja de quirófano	Enfermera de quirófano			
131	Colocar el instrumental	Enfermera de quirófano			
132	Llamar al cardiólogo y/o al anestesista, de acuerdo a la cirugía a realizarse	Enfermera de quirófano			

	ACCIÓN	RESPONSABLE	DOC. APLICABLE	C.CAL./ VERIFIC.	REGISTRO
133	Ingreso del cirujano a prequirófano	-	-		

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE VERIFICACIÓN INICIAL	CÓDIGO <i>INS-INI</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 3</i>

Objetivo:

Desarrollar una lista de verificación que brinde a la persona a cargo del Servicio de Oftalmología una forma rápida y sistemática de controlar todo el equipamiento.

Alcance:

Lograr que el Servicio de Oftalmología se encuentre en adecuadas condiciones para (brindar un servicio de excelencia).

Descripción:

La Enfermera de Quirófano, y antes de autorizar el ingreso al quirófano, deberá verificar y aprobar que se cumpla con todos los puntos de la lista de chequeo con código **REG-CHL**, donde debe seguir el siguiente instructivo:

1. Verifique con detenimiento la lista de chequeo sin saltarse ningún punto.
2. Coloque un tilde en el campo:
 - a. "OK" cuando considere la tarea aprobada que cumple con los requisitos.
 - b. "No OK" cuando considere la tarea y/o condición rechazada (no conforme).

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE VERIFICACIÓN INICIAL	CÓDIGO <i>INS-INI</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 3</i>

3. Pase a la tarea siguiente siguiendo el procedimiento explicado en el ítem 2, hasta terminar con todos los puntos.
4. Controle desde el inicio de la lista cada punto (o tarea) no conforme y comunique al servicio responsable para su inmediata corrección.
5. Coloque una tilde en el campo "Corr." Cuando considere que la tarea fue corregida y a continuación, coloque una tilde en el campo "OK".
6. Observe que estén aprobados y corregidos (si fuera el caso) todos los puntos y coloque su nombre, firma, fecha y hora de aprobación.

Observación:

Controle la fecha, hora de finalización y firma de conformidad (de la Enfermera de Quirófano en turno) en la planilla de registro de limpieza de quirófano, con código **REG-PAR**, colocada al costado de la puerta de ingreso a la misma.

Verifique en el sector destinado a guardar los paquetes con los materiales e insumos proporcionados por el servicio de esterilización que haya en cantidades suficientes para el procedimiento quirúrgico a realizarse: controle los paquetes de instrumental para CX de catarata y retina.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE VERIFICACIÓN INICIAL	CÓDIGO <i>INS-INI</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 3</i>

Observe en el lugar destinado a guardar los insumos y materiales suministrados por farmacia, la existencia de suficiente stock de: guantes descartables, guantes no estériles descartables, paquetes de medicamentos para la atención del paciente, soluciones desinfectantes, paquete de medicamentos de emergencia.

Verifique en la planilla de control de mantenimiento de los equipos fijos del quirófano con código **REG-FIJ**, que el Jefe de Enfermería haya efectuado la revisión diaria de todos los equipos fijos, controle la fecha y hora de revisión y que la firma de conformidad para cada equipo esté presente.

Verifique en la planilla de control de mantenimiento de equipos móviles con código **REG-MOV**, que el Jefe de Enfermería haya efectuado la revisión diaria de todos los equipos móviles, controle la fecha y hora de revisión y que la firma de conformidad para cada equipo esté presente.

Verifique, en el termómetro del quirófano, que la temperatura se encuentre entre los 16 a 20 °C.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE VERIFICACIÓN INICIAL	CÓDIGO <i>INS-INI</i>
		Versión 01
		<i>Página 5 de 5</i>

	LISTA DE CHEQUÉO (checklist)	CÓDIGO <i>REG-CHL</i>
		VERSIÓN 01
		Página 1 de 1

Fecha: / /	Hora:
------------	-------

No OK	Correcto	OK
-------	----------	----

- 1. Verifique en la lista de limpieza del quirófano**
- a) fecha y hora de realizada la tarea
- b) firma del responsable en avalarla
- 2. Servicio de esterilización**
- a) paquetes de instrumental quirúrgico
- b) paquetes facoemulsificador y vitréctomo
- c) paquetes de campo quirúrgico de tela
- d) paquetes de vestimenta para cirugía
- 3. Servicio de farmacia**
- a) guantes estériles descartables
- b) paquetes de medicamentos quirúrgicos
- c) soluciones desinfectantes
- d) paquetes de medicamentos de emergencia
- 4. Verifique en la lista de mantenimiento de equipos fijos**
- a) fecha de vencimiento de revisión
- b) nombre y firma de la persona responsable
- 5. Verifique en la lista de mantenimiento de equipos móviles**
- a) fecha de vencimiento de revisión
- b) nombre y firma de la persona responsable

Consentimiento

Apellido y Nombre (Enfermera de Quirófano)	Firma
---------------------------------------------------	--------------

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO <i>INS-LAV</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 4</i>

Objetivo:

Eliminar la suciedad y reducir significativamente la portación de microorganismos de las manos.

Alcance:

Producir una reducción de la morbilidad de las infecciones intranosocomiales.

Descripción:

TÉCNICAS

1. Lavado de manos higiénico o social.

- a. Use agua tibia y jabón común (en barra, rallado, líquido, polvo).
- b. Moje las manos con agua, aplique jabón o detergente, friegue por 10-15”.
- c. Cubra todas las superficies de manos y dedos, llegando hasta los pliegues de las muñecas.
- d. Enjuague con abundante agua.
- e. Higienice las uñas.
- f. Seque las manos con toallas de papel descartables.
- g. Cierre la canilla con la toalla.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO <i>INS-LAV</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 4</i>

2. Antisepsia de manos.

- a. Use agua tibia y 5cc de jabón antimicrobiano líquido (iodopovidona o clorhexidina).
- b. Moje las manos con agua, aplique jabón, friegue por 10-15”.
- c. Cubre todas las superficies de manso y dedos, llegando hasta los pliegues de las muñecas.
- d. Enjuague con abundante agua.
- e. Higienice las uñas.
- f. Seque las manos con toallas de papel descartables.
- g. Cierre la canilla con la toalla.

3. Lavado de manos quirúrgico.

- a. Use agua tibia y 5cc de jabón antimicrobiano líquido (iodopovidona o clorhexidina).
- b. Moje las manos con agua, aplicar jabón, restregar enérgicamente por un mínimo de 2’.
- c. Cubra todas las superficies de manos y dedos, llegando hasta encima del pliegue de los codos.
- d. Utilice esponja estéril para el lavado de manos, dedos y antebrazo.
- e. Higienice las uñas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO <i>INS-LAV</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 4</i>

- f. Enjuague con abundante agua.
- g. Seque las manos con toalla de papel o tela estériles.

Observaciones relevantes para las tres técnicas:

Para cualquiera de las tres técnicas, durante el procedimiento las manos deben estar hacia arriba. Para la higiene de las uñas use un cepillo o palillo estéril de punta redondeada.

Para la técnica de lavado de manos higiénico o social, el sistema de soporte o apoyo del jabón debe asegurar que este seco, sobre área con buen drenaje o suspendido en un soporte. El jabón en barra debe ser pequeño, se debe cambiar con frecuencia (diariamente).

Para la técnica del lavado antisepsia de manos, como alternativa, si no hay suciedad visible se puede utilizar una preparación alcohólica con un emoliente (pero no elimina la suciedad).

Para la técnica de lavado de manos quirúrgico, la canilla se accionara con pedal, con el codo o célula fotoeléctrica.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LAVADO DE MANOS	CÓDIGO <i>INS-LAV</i>
		Versión 01
		<i>Página 4 de 4</i>

Observación general:

Conforme a la “Norma de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria – Resolución Ministerial 355/99”.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE	CÓDIGO <i>INS-TRA</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 6</i>

Objetivo:

- Prevenir el estrés del paciente provocado por la sensación de inseguridad al ser trasladado.
- Eliminar la posibilidad de que ocurran caídas en los pacientes.
- Prevenir lesiones de espalda del personal sanitario.

Alcance:

- Lograr que el paciente se sienta cómodo y seguro en el momento de ser trasladado dentro de la institución.
- Conocer técnicas seguras para el personal encargado de levantar y mover al paciente de manera de no realizar fuerzas que sean perjudiciales para su integridad física.

Descripción:

TÉCNICAS:

1. Asistencia para caminar.

El traslado del paciente debe hacerse preferentemente caminando, en caso que necesite de asistencia para trasladarse, la enfermera debe seguir con el siguiente instructivo:

1. Ubíquese al costado del paciente de manera que ambos miren al frente.
2. Coloque el brazo (del paciente) más cercano a usted, alrededor de su cuello.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE	CÓDIGO <i>INS-TRA</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 6</i>

3. Tome con su mano más lejana (al cuerpo del paciente) la muñeca que esta por sobre su hombro.
4. Pase su brazo libre (más cercano) alrededor de la cintura (por detrás del paciente) para lograr un soporte adicional sin aplicarle fuerza.
5. Acompañe al paciente siguiendo el ritmo de su marcha.

2. Pase de cama a silla de ruedas.

Para el caso que el paciente presente dificultad en trasladarse y este en cama, y el traslado sea en silla de ruedas, la enfermera debe seguir con el siguiente instructivo:

1. Fije las ruedas de la silla de ruedas. Si aun así hay peligro de que la silla se mueva llame a una enfermero/a o acompañante para que la ayude, el cual sujetara la silla por el respaldo para evitar su movimiento.
2. Si la cama está muy alta se colocara un escalón que sea firme y que tenga una superficie suficiente para que el paciente se mueva sin caerse.
3. El paciente se sentara al borde de la cama.
4. Si el paciente no puede hacer solo los movimientos necesarios para sentarse al borde al cama, ayúdelo de la manera indicada:

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE	CÓDIGO <i>INS-TRA</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 6</i>

- a. Adelante un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodee los hombros del paciente, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del paciente.
 - b. Con la mano en la cadera hace que el mismo y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama.
 - c. Con el otro brazo ayude a erguir el tronco.
5. Ayude a que el paciente se coloque la bata y zapatillas.
 6. Coloque la silla con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma.
 7. Colóquese al frente del paciente con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro.
 8. El paciente pone sus manos en los hombros mientras la toma por la cintura.
 9. El paciente pone los pies en el suelo, sujete con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del paciente para que no se doble involuntariamente.
 10. Gire junto con el paciente, y una vez colocado frente a la silla, flexione las rodillas de forma que el paciente pueda bajar y sentarse en la silla.

3. Pase de cama a la camilla.

Para el caso que el paciente presente dificultad en trasladarse y este en cama, y el traslado sea en camilla, se necesitaran 2 (dos)

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

INSTRUCTIVO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE	CÓDIGO <i>INS-TRA</i>
	Versión 01
	<i>Página 4 de 6</i>

enfermeras, de las cuales una realiza la movilización del paciente y la otra fija la camilla para que no se mueva y ayuda a la primera, debiendo seguir con el siguiente instructivo:

1. En el caso de que la cama tenga barandas, retírelas y rebátalas.
2. Retire la sabana encimera y las mantas hacia los pies.
3. Coloque la camilla (sin las barandas) paralela a la cama y bien pegada a esta.
4. Colóquese en el lado externo de la camilla, en el centro, y tire de la entremetida hacia sí, mientras la otra enfermera se coloca en la cabecera sujetando al paciente por los hombros, levantándolos y acercándose hacia la camilla.
5. Una vez que el paciente está colocado en la camilla, se le tapa con las sabanas y mantas y se colocan las barandas.

4. Pase de camilla a silla de ruedas.

Debido al estado de cansancio y temor de caerse, terminada la cirugía, el paciente debe (salvo indicación médica) trasladarse a la sala de recuperación (habitación). Si el traslado se realiza en silla de ruedas, la enfermera de quirófano debe seguir con el siguiente instructivo:

1. Fije las ruedas de la silla de ruedas. Si aun así hay peligro de que la silla se mueva, llame a una enfermera para que la

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE	CÓDIGO <i>INS-TRA</i>
		Versión 01
		<i>Página 5 de 6</i>

ayude, la cual le sujetara la silla por el respaldo para evitar su movimiento.

2. Si la camilla está muy alta, coloque el escalón de dos peldaños (de superficie suficiente para que el paciente se mueva sin caerse).
3. El paciente se sentara al borde de la cama.
4. Si el paciente no puede hacer solo los movimientos necesarios para sentarse al borde de la cama la enfermera le ayudara de la manera indicada:
 - a. Adelante un brazo, el más próximo a la cabecera, y rodee los hombros del paciente, y el otro lo coloca en la cadera más lejana del paciente.
 - b. Con la mano en la cadera hace que el mismo y las piernas giren de modo que queden colgando del borde de la cama.
 - c. Con el otro brazo ayude a erguir el tronco.
5. Ayude a que el paciente se coloque la bata y zapatillas.
6. Coloque la silla con el respaldo en los pies de la cama y paralela a la misma.
7. Colóquese al frente del paciente con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro.
8. El paciente pone sus manos en los hombros mientras la toma por la cintura.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO PARA EL TRASLADO DEL PACIENTE	CÓDIGO <i>INS-TRA</i>
		Versión 01
		<i>Página 6 de 6</i>

9. El paciente pone los pies en el suelo y sujete con su rodilla más avanzada la rodilla correspondiente del paciente para que no se doble involuntariamente.
10. Gire junto con el paciente y, una vez colocada frente a la silla, flexione las rodillas de forma que el paciente pueda bajar y sentarse en la silla.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO	CÓDIGO <i>INS-PRE</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 2</i>

Objetivo:

Mejorar la calidad percibida del paciente en la prestación del servicio de cirugía oftalmológica.

Alcance:

Promover un ambiente agradable dentro del quirófano para que el paciente perciba tranquilidad.

Descripción:

Al ingreso del paciente al quirófano, la enfermera encargada del mismo debe proseguir el siguiente instructivo:

1. Cierre la puerta de ingreso al quirófano (y controle permanentemente que se mantenga cerrada).
2. Controle el termómetro del quirófano y que la temperatura inferior este entre los 16°-20°C.
3. Utilice música para generar un ambiente agradable para el paciente.
4. Prepare los paquetes/materiales para la cirugía.
 1. Campos de telas (compresas).
 2. Instrumental quirúrgico.
 3. Medicamentos para la atención de la cirugía.
 4. Medicamentos de emergencia.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE PREPARACIÓN DEL QUIRÓFANO	CÓDIGO <i>INS-PYR</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 2</i>

5. Registre en la Historia Clínica los elementos/insumos utilizados.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE PEDIDO Y REPOSICIÓN DE STOCK DE INSUMOS A FARMACIA	CÓDIGO <i>INS-PYR</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 2</i>

Objetivo:

Acelerar el pedido y reposición de los insumos requeridos a farmacia.

Alcance:

Poseer un abastecimiento de materiales e insumos utilizados en el proceso quirúrgico cuando hay un continuo flujo de cirugías.

Descripción:

Finalizada la cirugía, la enfermera encargada del quirófano deberá seguir con el siguiente instructivo:

1. Con la ayuda de la Historia Clínica, complete el comprobante (boleta) y su duplicado del quirófano identificados por el nombre del paciente (y/o persona responsable) y la fecha de la cirugía.

En ella registre:

- a. Cantidad, tipo y tamaño de los insumos descartables utilizados. (por ej. Cantidad, tamaño, condiciones de esterilidad de guantes descartables).
 - b. Nombre (genérico o comercial), potencia y dosis de los medicamentos y anestesia aplicados.
2. Firme y aclare la firma en el comprobante.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE PEDIDO Y REPOSICIÓN DE STOCK DE INSUMOS A FARMACIA	CÓDIGO <i>INS-PYR</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 2</i>

3. Avale el comprobante pidiendo al médico que firme y aclare su firma en el (la copia será utilizada para reponer stock en farmacia).
4. Junte los insumos (medicamentos, materiales, etc.) sobrantes del paquete/caja de cirugía.
5. Lleve la copia junto con los insumos sobrantes a farmacia para la reposición inmediata de stock.
6. Retire la planilla de registro, con Código **REG-FAR**, cuando efectúa la reposición del material.
7. Controle que la planilla esté avalada (nombre y firma) por el farmacéutico a cargo del Servicio de Farmacia.
8. Verifique, en boca de farmacia y sin tocar los envoltorios, los insumos que se suministran y avale la planilla.
9. Retire los insumos en un contenedor cerrado (caja) utilizado para tal fin.
10. Ingrese al sector de Quirófano.
11. Lave las manos según técnica de “Lavado de manos higiénico”, ver instructivo **INS-LAV**.
12. Coloque los guantes descartables.
13. Almacene los insumos inmediatamente en el lugar destinado (armario bajo llave).

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y EMPAQUETADO MANUAL DE MATERIAL	CÓDIGO <i>INS-LYE</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 5</i>

Objetivo:

- Todos los objetos que van a ser esterilizados, deben ser limpiados previamente para quitar toda materia orgánica (sangre, tejidos) y otros restos.
- Evitar el deterioro acumulativo del material.
- Lograr una buena limpieza y empaquetado del material utilizado en el proceso quirúrgico para que la esterilización sea eficiente.

Alcance:

- Favorecer que las actividades de limpieza se hagan correctamente desde la primera vez, evitando el costo de tiempo y materiales utilizados para rehacer limpiezas ineficientes.
- Reducir las infecciones intranosocomiales debido a una mala limpieza del instrumental.

Descripción:

Materiales de metal/plástico

La enfermera encargada del quirófano deberá proceder con el siguiente instructivo inmediatamente después de haber finalizado la cirugía y se haya retirado el paciente del quirófano:

1. Colóquese el equipo de limpieza (delantal impermeable, guantes resistentes -gruesos tipo domiciliario- y protección ocular).

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y EMPAQUETADO MANUAL DE MATERIAL	CÓDIGO <i>INS-LYE</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 5</i>

2. Zona de lavado.
3. Separe los objetos cortantes o punzantes para evitar accidentes.
4. Abra y/o desembale los materiales a fin de promover el contacto con la solución.
5. Proceda con la técnica de prelavado:
 - a. Sumerja los materiales en la solución limpiadora recientemente preparada (detergente enzimático formulado para uso médico). La solución debe contactar con toda la superficie del material (interna y externa).
 - b. Deje actuar el tiempo indicado por el fabricante el producto limpiador.
 - c. Descarte el líquido utilizado.
 - d. Enjuague con abundante agua totalmente desmineralizada o aclarada para extraer los residuos de la solución.
6. Proceda con la técnica de lavado:
 - a. Friegue los instrumentos con un cepillo de cerda blanca utilizando agua a temperatura entre 40°-45°C y detergente enzimático formulado para uso médico de manera de eliminar el material biológico.
 - b. Enjuague con abundante agua totalmente desmineralizada o aclarada para extraer los residuos de detergente (no contenida en recipientes).

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y EMPAQUETADO MANUAL DE MATERIAL	CÓDIGO <i>INS-LYE</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 5</i>

7. Seque utilizando paños de tela muy absorbentes o de fibra de celulosa, limpios y destinados para tal fin, luego utilice aire filtrado, maquinas secadoras o estufas secadoras.
8. Quiétese el equipo de limpieza.
9. Lave las manos según técnica de “antisepsia de manos”, ver instructivo **INS-LIM**.
10. Coloque el instrumental en las cajas (previamente lavadas y secadas según técnica descripta) o envoltorios correspondientes para su esterilización.
 - a. Elementos metálicos quirúrgicos en contenedor rígido metálico.
 - b. Elementos pequeños y livianos en envoltorios tipo sobre de papel grado médico.
 - c. Elementos grandes y pesados en envoltorios rectangulares de papel grado médico.
11. Coloque el testigo químico (indicador de proceso).
12. Cierre el contenedor o envoltorio.
13. Identifique por medio de una etiqueta (u otro medio) el tipo de material que contiene.
14. Coloque los paquetes en el sector utilizado para depósito temporal hasta que sea retirado por el servicio de esterilización.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y EMPAQUETADO MANUAL DE MATERIAL	CÓDIGO <i>INS-LYE</i>
		Versión 01
		<i>Página 4 de 5</i>

Observaciones:

Para la etapa de prelavado del material metálico/plástico no se debe utilizar otras sustancias como por ejemplo lavandina, solución de iodopovidona jabonosa, etc.

Todos los productos de limpieza no deben alterar la superficie de los materiales.

Materiales de tela

El material textil (ropa, compresas, etc.) proveniente de la lavandería, debe ser transportado al área del servicio, en carros cerrados, higiénicos destinados para ese fin, y/o envasado en envoltorios impermeables.

La enfermera de quirófano deberá proceder al armado de los paquetes para esterilizar, siguiendo el siguiente instructivo:

1. Lave las manos según técnica de “antisepsia de manos”, ver instructivo **INS-LIM**.
2. Reciba el material cuidando de no apoyarlo sobre el cuerpo o superficies no higiénicas.
3. Coloque el textil en el envoltorio de papel de grado médico para su esterilización
4. Coloque el testigo químico (indicador de proceso).

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE LIMPIEZA Y EMPAQUETADO MANUAL DE MATERIAL	CÓDIGO <i>INS-LYE</i>
		Versión 01
		<i>Página 5 de 5</i>

5. Cierre dichos paquetes.
6. Identifique por medio de una etiqueta el tipo de material que contiene.
7. Coloque los paquetes en el sector utilizado para depósito temporal hasta que sea retirado por el servicio de esterilización.

Observaciones generales:

Conforme la Guía de Procedimientos y Métodos de Esterilización y Desinfección para Establecimientos de Salud - Resolución Ministerial 387/04.

Los envoltorios deben cumplir con las Normas Nacionales (IRAM 3110-1-2; 3108).

Observaciones del Personal:

Las personas a cargo de dicha tarea deberán estar vacunadas contra la Hepatitis B.

El personal debe estar debidamente entrenado para realizar dichas tareas.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE VERIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE CIRUGÍA	CÓDIGO <i>INS-INV</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 2</i>

Objetivo:

Desarrollar una lista de verificación que brinde al enfermero/a cargo del quirófano una forma rápida y sistemática de controlar los insumos mínimos necesarios para una adecuada cirugía.

Alcance:

Lograr que el quirófano cuente con los insumos mínimos necesarios de manera que no haya un desabastecimiento de elementos.

Descripción:

La Enfermera de Quirófano de turno, después de la limpieza post-quirúrgica del quirófano deberá verificar y aprobar que se cumpla con todos los puntos de la lista de control de inventario de cirugía con Código **REG-INV**, donde debe seguir el siguiente instructivo:

1. Identifique el quirófano (parte superior de la planilla).
2. Verifique con detenimiento la lista de chequeo sin saltarse ningún punto.
3. Coloque un tilde en el campo:
 - a. "OK" cuando considere que el punto cumple con el requerimiento de cantidad especificado.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	INSTRUCTIVO DE VERIFICACIÓN DEL INVENTARIO DE CIRUGÍA	CÓDIGO <i>INS-INV</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 2</i>

- b. No “OK” cuando considere la condición rechazada (no conforme).
4. Pase al punto siguiente, siguiendo el procedimiento explicado en el ítem 3, hasta terminar con todos los puntos.
 5. Controle desde el inicio de la lista cada punto (o tarea) no conforme y llame al servicio encargado de proveer o reponga de inmediato los elementos necesarios para cumplir con los requisitos de cantidad mínima.
 6. Coloque una tilde en el campo “Corr.” Cuando considere que el ítem fue corregido y a continuación, coloque una tilde en campo “OK”.
 7. Observe que estén aprobados y corregidos (si fuera el caso) todos los puntos y coloque la fecha, hora (en la parte superior de la planilla) y su nombre y firma de aprobación (en la parte inferior de la planilla).

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO <i>SDC-LIM</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 9</i>

Alcance:

- El prestador se encarga de la recolección y eliminación de la basura, de la limpieza y desinfección del área física.
- Realiza tareas de recolección y devolución del material reutilizable y no reesterilizable.
- Suministra los elementos de higiene.

Insumos:

- Toallas.
- Batas.
- Sábanas.
- Cortinas.
- Bolsas de colores para los diferentes residuos.
- Jabón.
- Detergente.
- Solución enzimática para limpieza del material quirúrgico.
- Desinfectante limpiador de paredes y pisos (reemplaza a lavandina).

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO <i>SDC-LIM</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 9</i>

Especificaciones:

Primeramente el prestador del servicio de limpieza debe retirar las bolsas de residuos y controlar que el quirófano no tenga elementos de atención del paciente.

En el caso que encuentre algún elemento punzante, llame a la enfermera encargada del quirófano para que lo retire y luego continúe con la limpieza.

Para la **limpieza de sangre y otros fluidos derramados sobre el piso** (saliva, etc.), el prestador del servicio debe limpiar y desinfectar utilizando la siguiente técnica:

1. Prepare una bolsa de residuos color rojo.
2. Coloque los guantes descartables.
3. Absorba el líquido con papeles o trapos descartables.
4. Arroje a la bolsa de residuos.
5. Vierta sobre el sector solución de desinfectante durante el tiempo especificado por el fabricante.
6. Descarte los guantes en la misma bolsa.
7. Cierre la bolsa y descártela como el resto de los residuos patológicos.
8. Lave las manos.
9. Prosiga con los pasos de limpieza.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO SDC-LIM
	Versión 01
	<i>Página 3 de 9</i>

Limpie cubriendo todo el sector de manera minuciosa y siga un orden de limpieza (comience desde las zonas menos sucias, progresando a la más sucias y desde las zonas más altas, progresando a las más bajas), de manera de no pasar por los sectores que ya limpió.

Para el **Quirófano y Prequirófano**, el prestador del servicio de limpieza debe guiarse de la siguiente manera:

Que limpiar	Cuando limpiar	Como limpiar
Superficie externa de muebles y equipos	Al finalizar cada jornada de quirófano	Rejilla humedecida generosamente con solución de hipoclorito de sodio del vaporizador actuando no menos de 30 minutos
Luces		
Sillas		
Camilla		
Pisos		Método del doble balde y doble trapo del sector inferior del carro de limpieza Observación: No usar clorados
Techos	Una vez por semana o si están visiblemente sucios	Con aspiradores de polvo y método del doble balde y doble trapo del sector superior del carro de limpieza Observación: No usar clorados
Paredes		
Vidrios		Utilizar aspiradores de polvo y método del doble balde y doble trapo del sector superior del carro de limpieza Observación: luego de la limpieza, se puede usar una rejilla humedecida con limpiador multiuso
Puertas		
Ventanas		

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO SDC-LIM
	Versión 01
	<i>Página 4 de 9</i>

El prestador del servicio llevará una planilla con Código **REG-PAR**, en la cual quedan registradas las tareas realizadas y la conformidad por parte de la Enfermera de Quirófano de turno.

El tipo de limpieza semanal o cuando está visiblemente sucio debe realizarse los días domingos durante el turno matutino y de a un quirófano por vez. En caso de estar prestando servicio se efectuará la limpieza cuando la prestación haya terminado.

Para el **Sector de limpieza y armado de material**, el prestador del servicio de limpieza debe guiarse de la siguiente manera:

Qué limpiar	Cuando limpiar	Como limpiar
Piletas (de lavado de manos y material)	Una vez al día o si están visiblemente sucios	Rejilla exclusiva humedecida generosamente con solución de hipoclorito de sodio del vaporizador actuando no menos de 30 minutos
Mesada		Observación: cambiar el jabón líquido (o producto similar) una vez al día Rejilla exclusiva y humedecida generosamente con solución de hipoclorito de sodio del vaporizador actuando no menos de 30 minutos
Pisos		Método del doble balde y doble trapo del sector inferior del carro de limpieza Observación: No usar clorados

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO SDC-LIM
		Versión 01
		<i>Página 5 de 9</i>

El prestador del servicio llevara una planilla código **REG-MAT**, en la cual quedan registradas las tareas realizadas y la conformidad por parte de la Enfermera de Quirófano de turno.

El tipo de limpieza semanal o cuando está visiblemente sucio, se debe realizar los días domingos durante el turno matutino. En caso de estar prestando servicio se efectuará la limpieza cuando la prestación haya terminado.

El prestador del servicio de limpieza debe prestar un servicio diario durante las 24 horas.

Observaciones generales:

Conforme a la "Norma de Prevención y Control de la Infección Hospitalaria - Resolución Ministerial 355/99".

Conforme a las Normas de la *Occupational Safety and Health Administration* (OSHA), que indican el uso de desinfectante tuberculicida o solución apropiada de hipoclorito de sodio para decontaminar manchas de sangre u otras potencialmente contaminadas con virus de la Hepatitis B y HIV.

Los elementos de limpieza como desodorantes de piso, desodorantes de ambiente, ceras o similares que tiene relación con el confort y belleza del ambiente se utilizarán posteriormente a la limpieza descripta.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO <i>SDC-LIM</i>
		Versión 01
		<i>Página 6 de 9</i>

Condiciones del personal:

El personal de limpieza utilizará guantes resistentes de goma gruesos y botas impermeables.

El personal debe estar debidamente entrenado para la realización de las tareas mencionadas.

No conformidades (poco relevantes-críticas).

El servicio no se presta o se presta con atraso.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO SCD-LIM
	Versión 01
	<i>Página 7 de 9</i>

	PLANILLA DE REGISTRO DE LIMPIEZA	CÓDIGO REG-QUI VERSIÓN 01 Página 1 de 1			
Fecha: / /	Turno Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/>				
Tipo de limpieza Semanal <input type="checkbox"/> Visiblemente Sucio <input type="checkbox"/>		Quirófano			
Semanal/Visiblemente sucio	Estructura/Equipo	Hora Inicio: Fin: No OK Corr. OK	Hora Inicio: Fin: No OK Corr. OK	Hora Inicio: Fin: No OK Corr. OK	Hora Inicio: Fin: No OK Corr. OK
	Techos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Paredes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Vidrios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Puertas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ventanas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sup muebles y equipos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Luces	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sillas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Pisos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	
	Proveedor	Proveedor	Proveedor	Proveedor	

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO SCD-LIM
	Versión 01
	<i>Página 8 de 9</i>

	PLANILLA DE REGISTRO DE LIMPIEZA	CÓDIGO REG-PRE VERSIÓN 01 Página 1 de 1			
Tipo de limpieza Semanal <input type="checkbox"/> Visiblemente Sucio <input type="checkbox"/>		Prequirófano			
Semanal/Visiblemente sucio	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /	Fecha: / /	
	Hora Inicio: Fin:	Hora Inicio: Fin:	Hora Inicio: Fin:	Hora Inicio: Fin:	
	Estructura/Equipo	No OK Corr. OK	No OK Corr. OK	No OK Corr. OK	No OK Corr. OK
	Techos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Paredes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Vidrios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Puertas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ventanas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sup. muebles y equipos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Luces	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mesada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Pisos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Conforme	Conforme	Conforme	Conforme	
	Proveedor	Proveedor	Proveedor	Proveedor	

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE LIMPIEZA	CÓDIGO SDC-LIM
	Versión 01
	<i>Página 9 de 9</i>

	PLANILLA DE REGISTRO DE LIMPIEZA	CÓDIGO REG-MAT VERSIÓN 01 Página 1 de 1			
Tipo de limpieza Semanal <input type="checkbox"/> Visiblemente Sucio <input type="checkbox"/>		Limpieza y armado de material			
Semanal/Visiblemente sucio	Fecha: / / Hora Inicio: / / Fin: / /	Fecha: / / Hora Inicio: / / Fin: / /	Fecha: / / Hora Inicio: / / Fin: / /	Fecha: / / Hora Inicio: / / Fin: / /	
	Estructura/Equipo	No OK Corr. OK	No OK Corr. OK	No OK Corr. OK	No OK Corr. OK
	Techos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Paredes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Vidrios	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Puertas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Ventanas	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Sup. muebles y equipos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Luces	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Mesada	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Pisos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		Conforme	Conforme	Conforme	Conforme
	Proveedor	Proveedor	Proveedor	Proveedor	

Elaboró: Ivo PUŠKOVIC	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	CÓDIGO <i>SDC-EST</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 5</i>

Alcance:

El prestador del servicio se encarga de la recolección del material no descartable y reesterilizable, del transporte y devolución del material esterilizado con métodos habituales de eficacia comprobada.

Insumos:

- Camisolines (delantales).
- Compresas para los campos estériles.
- Pinzas.
- Tijeras.
- Cajas de instrumentación.
- Material quirúrgico.

Especificaciones:

La enfermera de turno de quirófano se encarga de entregar los paquetes a esterilizar y la planilla de control. El prestador del servicio retira el material (paquetes), quien controla los paquetes y firma o recibido en el sector indicado en la planilla.

Dependiendo del material, el prestador, determina el tipo de método de esterilización empleado, comprendiendo:

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	CÓDIGO <i>SDC-EST</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 5</i>

Esterilización por vapor: materiales de vidrio (instrumental), acero inoxidable (No colocar tijeras pues pierden filo), campos de tela, material de látex y material textil.

Esterilización por estufas de calor seco: material cromado, niquelado, talco y aceites.

Esterilización por Óxido de Etileno: materiales de plástico, instrumental, elementos eléctricos, acero inoxidable e instrumental del facoemulsificador.

Luego de cada proceso de esterilización, los paquetes serán trasladados en un contenedor cerrado para tal fin y entregados por el prestador del servicio a la enfermera de quirófano de turno, quien controlara los paquetes entregados según la planilla y firmara en el sector correspondiente estando conforme.

El prestador del servicio de esterilización debe prestar un servicio diario de recolección a las 16:00 hs. del material (paquetes) a esterilizar y la entrega del material esterilizado se debe efectuar a las 8:00 hs.

A estos envoltorios o contenedores deben incorporarse una etiqueta o ficha que especifique lo siguiente:

- Tipo y Fecha de esterilización.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	CÓDIGO <i>SDC-EST</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 5</i>

- Contenido interno del paquete (en el caso que el envoltorio no sea transparente).

-Vencimiento de la esterilización.

-Nombre y firma de la persona encargada de realizar el proceso.

Seguido, debe incluirse la siguiente leyenda: "El producto no es estéril si el envoltorio está abierto, dañado, o húmedo. Por favor revisar antes de usar".

La prestación del servicio debe regirse y registrarse mediante el empleo de una planilla de control **REG-EST**, la cual permanecerá en el quirófano.

Los objetos que son esterilizados y después almacenados, deben estar envueltos y estos deben preservar la esterilidad de su contenido hasta el momento de su apertura, momento a partir del cual serán utilizados en área estéril.

Los objetos deben estar envueltos de manera tal que el envoltorio que los contiene puede ser abierto y su contenido extraído sin complicaciones.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE ESTERILIZACIÓN	CÓDIGO <i>SDC-EST</i>
		Versión 01
		<i>Página 4 de 5</i>

Dentro de cada paquete debe ir un indicador interno de proceso (testigo químico), cuyo viraje ha de ser chequeado en el momento de su apertura.

No conformidades (poco relevantes-críticas).

- La disponibilidad del servicio no es permanente.
- La recolección de material a esterilizar y/o la devolución del material esterilizado no se realiza en el tiempo especificado.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA	CÓDIGO <i>SDC-FAR</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 4</i>

Alcance:

El prestador del servicio se encarga de suministrar y reponer los medicamentos, materiales e instrumental descartables necesarios.

Insumos:

- Medicamentos (antihipertensivos y anticonvulsivantes).
- Anestesia.
- Analgesia.
- Sueros.
- Vacunas.
- Jeringas.
- Agujas.
- Guantes.
- Gorros.
- Barbijos.
- Cubre botas.
- Gasas.
- Algodón.
- Hilos y agujas para sutura.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA	CÓDIGO <i>SDC-FAR</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 4</i>

Especificaciones:

La enfermera de quirófano, recoge los insumos (medicamentos, materiales, etc.) no utilizados del paquete de cirugía, conjuntamente con la copia del comprobante (boleta) y la "planilla de registro de farmacia" y los entrega a Farmacia.

Farmacia inspecciona el sobrante devuelto, repone los insumos (medicamentos y materiales) faltantes, registra en "planilla de registro de farmacia" y los entrega a la enfermera de quirófano en boca de farmacia.

Todos los materiales, tanto los descartables como los medicamentos, deben suministrarse con sus empaques originales (en blíster si fuera el caso).

En el caso que los medicamentos sean elaborados en la institución o fueran fraccionados allí (reenvasado), deberán estar debidamente etiquetados, donde se deberá especificar: nombre y cantidad de componente activo (droga), nombre y firma del farmacéutico encargado del servicio de farmacia.

Los empaques del servicio de farmacia deben prestar servicio diario durante las 24 hs.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA	CÓDIGO <i>SDC-FAR</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 4</i>

La prestación el servicio y los insumos entregados deben registrarse mediante el empleo de una planilla de control con código **REG-FAR**.

Observación:

Conforme a la “Norma de Organización y Funcionamiento de Farmacia en Establecimientos Asistenciales - Resolución Ministerial 641/00”.

No conformidades (poco relevantes-críticas).

- La disponibilidad del servicio no es permanente.
- No cuenta con los insumos requeridos.
- Los envoltorios están en mal estado.
- Los insumos se encuentran fuera de los parámetros de conservación o vencidos.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIC	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE FARMACIA	CÓDIGO SDC-FAR
		Versión 01
		<i>Página 4 de 4</i>

	PLANILLA DE REGISTRO DE FARMACIA	CÓDIGO REG-FAR VERSIÓN 01 <i>Página 1 de 1</i>
Boleta o Comprobante N°		
Medicamento/Droga		
<small>Para completar por el servicio de farmacia</small>		
<small>Nombre o componente activo y concentración</small>	<small>Unidades</small>	<small>Fecha ven.</small>
<small>Lab.</small>	<small>Lote</small>	<small>Código</small>
Medicamento reenvasado		
<small>Para completar por el servicio de farmacia</small>		
<small>Nombre o componente activo</small>	<small>Unidades</small>	<small>Fecha ven.</small>
<small>Lab.</small>	<small>Lote</small>	<small>Código</small>
Material descartable		
<small>Para completar por el servicio de farmacia</small>		
<small>Nombre</small>	<small>Unidades</small>	<small>Fecha ven.</small>
<small>Lab.</small>	<small>Lote</small>	<small>Código</small>
<small>Para el prestador del servicio</small>		<small>Para la Enfermera de Quirófano</small>
<small>Fecha:</small> / /	<small>Nombre:</small>	<small>Recibido por (nombre):</small>
<small>Hora:</small>	<small>Firma:</small>	<small>Firma:</small>

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPOS	CÓDIGO <i>SDC-MAN</i>
		Versión 01
		<i>Página 1 de 3</i>

Alcance:

El prestador del servicio se encargara de las tareas de mantenimiento general de las instalaciones y de los equipos (mantenimiento preventivo y correctivo).

Equipos/instalaciones:

- Provisión de oxígeno, aire comprimido y aspiración (central en el establecimiento o por tubos y aparatología adecuada con medición y control de flujos).
- Sistema de calefacción y aire acondicionado.
- Equipo doppler.
- Equipo de resucitación cardiopulmonar para niños y adultos.
- Heladera.
- Ventiladores.
- Estructura física (planta).
- Sillas de ruedas.
- Camillas.

Especificaciones:

El prestador del servicio debe colocar una tarjeta adhesiva en cada uno de los equipos específicos de diagnóstico/apoyo médico para el proceso de atención oftalmológica del Servicio, debiendo cada tarjeta tener especificado los siguientes ítems:

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPOS	CÓDIGO <i>SDC-MAN</i>
		Versión 01
		<i>Página 2 de 3</i>

- Código individual asignado para cada equipo o instalación.
- Fecha de la próxima revisión.
- Nombre y firma de la persona que realizó el mantenimiento.

Dependiendo si el equipo específico de diagnóstico/apoyo médico es fijo (no se retira de la sala/quirófano) o móvil, el prestador debe utilizar tarjetas de diferentes colores de manera de lograr una rápida discriminación, siendo:

- rosada para los equipos fijos.
- blanca para los móviles.

El prestador del servicio debe tener en depósito y en perfectas condiciones de funcionamiento, el equipamiento que no es específico para diagnóstico médico y que hace a la prestación cotidiana del servicio de oftalmología, por ej. silla de ruedas, camilla, etc., de manera que subsanen cualquier eventualidad hasta que sea reparado el equipo de uso habitual.

Es de incumbencia del servicio de mantenimiento tener la planilla inventario actualizada, la cual tendrá como mínimo los siguientes datos por equipo de diagnóstico/apoyo médico.

- Marca.
- Modelo.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

	ESPECIFICACIÓN DEL SERVICIO DE MANTENIMIENTO DE INSTALACIONES Y EQUIPOS	CÓDIGO <i>SDC-MAN</i>
		Versión 01
		<i>Página 3 de 3</i>

- ID equipo.
- Número de serie.
- Fecha de fabricación.

No conformidades (poco relevantes-criticas).

- En el momento de usarlo el equipo no funciona.
- El equipo está sucio.
- El funcionamiento del equipo es defectuoso.
- El equipo no presenta la tarjeta de mantenimiento.
- La calibración del equipo no es correcta.

Elaboró: Ivo PUŠKOVIĆ	Revisó y aprobó:	Fecha: / /
--------------------------	------------------	---------------

CONCLUSIONES

Se creó un Manual de Aseguramiento de la Calidad con Políticas, Instructivos y Especificaciones para una organización virtual que brinda un Servicio de Oftalmología siguiendo criterios establecidos por las Leyes y Normas Nacionales e Internacionales de Gestión de la Calidad, y manteniendo como núcleo de todo el proceso al ser humano.

También se desarrolló un esquema de trabajo de manera de ofrecer tanto al paciente como al médico oftalmólogo, una buena percepción sobre la calidad en la prestación del servicio que se les brinda.

Es así que, del mismo modo que aplicamos un criterio holístico al paciente, también lo trasladamos a la institución de salud, pues pensamos que la mejora continua implica alistar a todos los miembros de la empresa en una estrategia destinada a mejorar de manera sistemática los niveles de calidad y productividad, reduciendo los costos y tiempos de respuestas, mejorando los índices de satisfacción de los pacientes, clientes y consumidores, para de esa forma mejorar los rendimientos sobre la inversión y la participación de la empresa en el mercado.

Mejorar no implica tratar de hacer mejor lo que siempre se ha hecho. Mejorar de manera continua implica aplicar la creatividad e innovación con el objeto de mejorar de forma continua la forma de organizar el trabajo pasándolo del trabajo por proceso al trabajo por producto o en células, mejorar la capacitación del personal ampliando sus conocimientos y experiencias mediante un incremento de sus polivalencias laborales. Mejorar significa cambiar la forma de ver y producir la calidad, significa dejar de controlar la calidad para empezar a diseñarla y producirla. Todo ello y mucho más significa la mejora continua, por ello tantos huyen de ella, y por ello tan necesaria es, lo cual lleva a los que la adoptan a conciencia

y como una filosofía de vida y de trabajo a mejorar no sólo la empresa, sino además la calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Aranaz JM.** La calidad asistencial: una necesidad en la práctica clínica. En: Matias-Guiu J, Lainez JM: *Gestión Sanitaria y asistencia neurológica*. JR Prous Editores, Barcelona: 35, 1994.
2. **Antoñanzas A, Magallón R.** Medición de la calidad: criterios, normas, estándares, requisitos, indicadores. En: Saturno PJ, Gascón JJ, Parra P: *Calidad asistencial en atención primaria*. Du Pont Pharma, Madrid: 18, 1997.
3. **Vuori HV.** El control de calidad en los servicios sanitarios. Concepto y metodología. Masson, Barcelona: 12, 1988.
4. **Sanazaro PJ.** Autoevaluación profesional y calidad de la atención médica. *Control de Calidad asistencial*; 2: 99-104, 1987.
5. **Berry L, Bennet DR, Brown CW.** Calidad de Servicio. Editorial: Díaz de Santos, Madrid: 26, 1989.
6. **Amat O.** Costos de Calidad y No Calidad. Editorial: Ediciones Gestión 2000, 2da. Edición: 33, 1993.
7. **Vericat AL, Freccero S, Rodríguez JM.** Introducción a la Calidad Total. Editorial Nueva Librería, 1ra. edición: 22, 2000.
8. **Mahler WR.** Planeación de la estructura de las organizaciones. Héctor Gallo, México: 43, 1982.
9. **Donabedian A.** Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*; 44: 166-206, 1966.
10. **Oteo LA, Hernández JF.** Rediseño de/en organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En: Del Llano J, Ortún V, Martín JM, Millán J, Gené J.: *Gestión sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Masson. Barcelona: 56, 1998.
11. **Harrington J.** Mejoramiento de los Procesos de la Empresa. Ed. McGraw Hill, Bogotá: 67, 2000.
12. **Berlinches Cerezo A.** Calidad. Ed. Paraninfo, Madrid, 48, 1999.
13. **Scherkenbach W.** La ruta Deming. Hacia la mejora continua. Ed. Cecsca. México: 19-30, 1994.

14. **Bernillón C, Cérutti M.** Implantar y gestionar la Calidad Total. Editorial Ediciones Gestión 2000, 2da. Edición: 70, 2002.
15. **Berlinches Cerezo A.** Calidad. Ed. Paraninfo. Madrid: 68, 1999.
16. **Norma I.R.A.M. I.A.C.C. I.S.O. - E 8402,** 1994.
17. **Gutiérrez M.** Administrar para la Calidad. Ed. Noriega, México: 63, 1989.
18. **Pérez-Fernández de Velasco J.** Gestión por Proceso. Reingeniería y Mejora de los Procesos de la Empresa. ESI4787511C Editorial, Madrid: 81, 1996.
19. **Scherkenbach W.** La ruta Deming. Hacia la mejora continua. Ed. Cecs. México: 38-40, 1994.
20. **Senille A, Vilar J.** ISO 9000 en Empresas de Servicios. Ed. Edición 2000: 20, 2001.
21. **Berlinches Cerezo A.** Calidad. Ed. Paraninfo. Madrid: 72, 1999.
22. **Organización Internacional de Normalización.** Normas de calidad ISO 9000:2000. International Organization Standardization, Switzerland: 28-29, 2000.
23. **Sistema de Gestión de la Calidad - Directrices para la Mejora del Desempeño - Norma Internacional ISO 9000:2000 (traducción certificada):** 40-42, 2000.
24. **ISO 9001 – Norma Internacional Traducida. *Sistemas de gestión de la calidad. Requisitos.*** Secretaría central ISO. Ginebra: 56, 2000.
25. **Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry II.** A Conceptual Model of Service Quality and its Implication for Future Research. Journal of Marketing, Autumn: 16, 1985.
26. **Lehtinen U, Lehtinen J.** Service Quality: A study of Quality dimensions. Helsinki, Finland: Service Management Institute: 66-68, 1982.
27. **Gabaldón Roncajolo F.** Gerencia de organizaciones de servicio. Mérida, Universidad de Los Andes: 317, 2001.

- 28. Fincowsky EBF.** Procedimientos y procesos. En: *Organización de empresas*. Editorial McGraw-Hill, México, Tercera edición: 297-368, 2009.
- 29. Lepard J.** Cómo mejorar su servicio al cliente. Barcelona, Gestión 2000: 234,1998.
- 30. Ruiz-Olalla C.** Gestión de la calidad del servicio. 5campus.com, Control de Gestión <http://www.5campus.com/leccion/calidadserv>. Accedido 10/10/2008.
- 31. Dires** Empresas de salud. Características. Universidad Austral: 24-28, 1997.
- 32. Drovetta S.** Dirección de Salud. Ed. Macchi, Buenos Aires: 25, 1992.
- 33.** Comisión de las Comunidades Europeas. Bruselas PBI (www.europa.eu.int/comm/health/ph). Accedido el 5/12/2009.
- 34. Drovetta S.** Dirección de Salud. Ed. Macchi, Buenos Aires: 89, 1992.
- 35. Drovetta S.** Dirección de Salud. Ed. Macchi, Buenos Aires: 305, 1992.
- 36. Drovetta S.** Dirección de Salud. Ed. Macchi, Buenos Aires: 306, 1992.
- 37. Tafani R.** Privatización, subcobertura y reforma competitiva en salud. Universidad Nacional de Río Cuarto. Depto. de Imprenta y Publicaciones: 31, 1996.
- 38. Moraes Novaes H.** Perspectivas actuales en servicios de salud para el nuevo milenio. Instituto para la Cooperación Técnica en Salud (INTECH), Potomac, USA: 96, 1998.
- 39. Corrella J.** La Gestión de Servicios de Salud. Editorial Díaz de Santos. Madrid: 46, 2005.
- 40. Kasper DL, Fauci A, Longo DL, et al.** La Práctica de la Medicina. En: *Introducción a la Medicina Clínica, Principios de Medicina Interna*, Harrison RT. 16ª Edición Vol. I: 1-3, 2005.

41. **Manzur M.** La Historia Clínica y la Relación Médico-Enfermo. Editorial, Rev. de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Córdoba, 62 (3): 5-11, 2005.
42. **Ludmerer KM.** Time to Heal: American Medical Education from the Turn of the Century to the Era of Managed Care. Oxford University Press, New York: 104, 1999.
43. **Ferrari HA.** La Relación Médico-Paciente. En: *Psicopatología General y Psiquiatría Dinámica*. Editorial Kosmos, Córdoba, Primera Edición: 180-187, 1997.
44. **Riesco L.** Psicología Médica. Modulo II. Cátedra de Psicología Médica. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba: 36-37, 1997.
45. **Pines M.** La Relación Médico-Paciente. En: *Enciclopedia de Psicología Médica*, Krauss S. El Ateneo, Buenos Aires: 42-43 1981.
46. **Laín Entralgo P.** El Estado de Enfermedad. Esbozo de un Capítulo de una Posible Antropología Médica. Editorial Moneda y Crédito, Madrid: 14-18, 1968.
47. **Álvarez Chávez A.** Mobbing, estrés, acoso en el ámbito de trabajo. Editorial La Ley, Buenos Aires, 1ra. edición: 19-35, 2009.
48. **Gil Hernández F.** Tratado de Medicina del Trabajo. Editorial Elsevier-Masson, Barcelona, reimpresión edición 2005: 469-74, 2006.
49. **Savicki V, Cooley E.** The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal Of Counseling And Development*; 65: 249-52, 1987.
50. **Cherniss C.** Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment. New York: Routledge: 34, 1995.
51. **Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.** The Maslach Burnout Inventory. Third edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press: 22, 1995.

- 52. Gil-Monte PR.** El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. (2001) <http://www.psycologia.com/articulos/ar-pgil.htm>. Accedido 25/10/2009.
- 53. Selye H.** A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature (USA)* 138: 32,1936.
- 54. Olabarría B.** El síndrome de “burnout” (“quemado”) o del cuidador descuidado. *Ansiedad y Estrés*; 1: 189-94, 1995.
- 55. Savicki V, Cooley E.** The relationship of work environment and client contact to burnout in mental health professionals. *Journal Of Counseling And Development*; 65: 249-52, 1987.
- 56. Cherniss C.** Beyond burnout: Helping teachers, nurses, therapists, and lawyers recover from stress and disillusionment. New York: Routledge: 36, 1995.
- 57. Leiter M P, Maslach C.** Areas of worklife: A structured approach to organizational predictors of job burnout. In P. L. Perrewe & D. C. Ganster (Eds.), *Research in occupational stress and well-being*, Oxford : Elsevier; Vol. 3: 91-134, 1995.
- 58. Maslach C, Jackson SE, Leiter MP.** The Maslach Burnout Inventory. Third edition. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press: 24, 1995.
- 59. Antúnez FM.** El estrés: proceso de generación en el ámbito laboral. Centro nacional de condiciones de trabajo. Ministerio de salud y trabajo de España: 39, 2006.
- 60. Fernández MD.** Médicos y medicina hoy: Informe de situación. *Ethica*; 71: 10-12, 2008.
- 61. Maunkieriey EA, Pavetto M.** Análisis de datos. En: *Prevención primaria del Síndrome Burnout en las instituciones hospitalarias de la ciudad de Córdoba*. Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Psicología: 46, 2004.

- 62.** http://www.msal.gov.ar/images/stories/habilitaciones/habilitaciones_m4.pdf. Accedido 12/12/2011.
- 63.** http://www.cba.gov.ar/wpcontent/4p96humuzp/2012/06/sal_rugepresa_anexoi.pdf. Accedido 12/12/2011.

ANEXOS

Glosario

acción correctora Acción puesta en marcha por la empresa, con objeto de eliminar las no conformidades, adecuada a los problemas detectados.

acción preventiva Acción puesta en marcha por la empresa, con objeto de eliminar las no conformidades potenciales, adecuada a los riesgos que de ellas puedan derivarse.

aseguramiento de la calidad Conjunto de acciones planificadas y sistemáticas que son necesarias para proporcionar la confianza adecuada para que un producto o servicio satisfaga los requisitos dados sobre la calidad.

auditorías de calidad Examen metódico e independiente que se realiza para determinar si las actividades y los resultados relativos a la calidad satisfacen las disposiciones previamente establecidas, y para comprobar que estas disposiciones se llevan realmente a cabo y que son adecuadas para alcanzar los objetivos previstos.

auditoría interna Es aquella que se efectúa a la organización, proceso, producto o actividades propias, por personas o entidades externas, ordenadas por un estamento superior de la propia empresa.

calidad Grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con las necesidades o expectativas establecidas, que suelen ser implícitas u obligatorias.

conformidad Juicio o indicación afirmativa de que un producto, proceso o servicio cumple con los requisitos de la especificación, contrato o reglamentación que le son aplicables. También significa la condición de cumplir tales requisitos.

Cumplimiento de un elemento, proceso o servicio de los requisitos de la especificación correspondiente. La conformidad puede establecerse bien respecto a una sola característica de calidad durante las fases de control o evaluación, o bien a todo el conjunto de los requisitos establecidos por la especificación.

control de calidad Técnicas y actividades de carácter operativo utilizadas para satisfacer los requisitos relativos a la calidad.

control del proceso Parte del Control de la Calidad que tiene por objeto minimizar la variación de la calidad durante el proceso de fabricación.

defecto Falta de cumplimiento de los requisitos de utilización previstos.

especificación Documento que establece los requisitos con los que un producto o servicio debe estar conforme.

gestión de la calidad Aspectos de la función general de la gestión que determina y aplica la Política de Calidad.

inspección Actividad que sirve para controlar las características deseadas y comparar los resultados obtenidos con las especificaciones exigidas.

organización virtual La organización o empresa virtual es un tipo de red interorganizativa especialmente bien adaptada para operar en mercados dinámicos y complejos.

plan de calidad Documento derivado del Programa de Calidad que establece, con la extensión necesaria, las prácticas específicas referentes a la calidad y los recursos y actividades aplicables a un determinado proceso, servicio, contrato o proyecto.

política de calidad Directrices y objetivos generales de una empresa, relativos a la calidad, expresados formalmente por la Dirección General.

producto Es el resultado de actividades o procesos, incluyendo servicios, software, hardware, material procesado o una combinación de los mismos.

responsabilidad legal (derivada de un producto o servicio) Término genérico que se utiliza para describir la obligación impuesta a un fabricante o a otras personas a reparar las pérdidas relativas a daños personales o materiales u otros perjuicios causados por un producto o servicio.

revisión del sistema de calidad Evaluación formal, realizada por la Dirección General, del estado en que se encuentra el sistema de calidad y de su adecuación a lo que establece la política de calidad y a los nuevos objetivos que se deriven de la evolución de circunstancias cambiantes.

sistema de calidad Conjunto de la estructura de organización, de responsabilidades, de procedimientos, de procesos y de recursos que se establecen para llevar a cabo la Gestión de Calidad.

supervisión de la calidad Verificación y seguimiento permanentes del estado en que se encuentran los procedimientos, los métodos, las condiciones de ejecución, los procesos, los productos y los servicios, así como el análisis de los resultados registrados, comparándolos con referencias establecidas para asegurar que se cumplen los requisitos específicos de calidad.

seguridad Inexistencia de riesgos inaceptables de daño personal.

trazabilidad Capacidad para reconstruir el historial, la utilización o la localización de un artículo o de una actividad, o de artículos o actividades similares, mediante una identificación registrada.

Abreviaturas y Acrónimos utilizados en el Manual de Calidad

- SDC** Sistema de Calidad.
- POL** Política de Atención y Servicio al Cliente.
- OBJ** Objetivos de Gestión.
- ORG** Organigrama – Definición del Equipo Participante.
- PER** Perfiles del Personal Involucrado en el Área.
- CIC** Ciclo de Prestación del Servicio.
- ECC** Especificación del Control de Calidad – Plan de Calidad.
- INS** Instructivo.
- REG** Registro.
- INI** Inicial (de Verificación).
- LAV** Lavado de Manos.
- TRA** Traslado del Paciente.
- PRE** Preparación del Quirófano.
- PYR** Pedido y Reposición de Stock de Insumos a Farmacia.
- LYE** Limpieza y Empaquetado Manual del Material.
- INV** Inventario de Quirófano.
- LIM** Limpieza (Especificación del Servicio de).
- EST** Esterilización (Especificación del Servicio de).
- FAR** Farmacia (Especificación del Servicio de).
- MAN** Mantenimiento de Instalaciones y Equipos (Especificación del Servicio de).
- FIJ** Fijos (Mantenimiento de Equipos).
- MOV** Móviles (Mantenimiento de Equipos).

Diagrama de Flujo del Proceso Consulta Ambulatoria

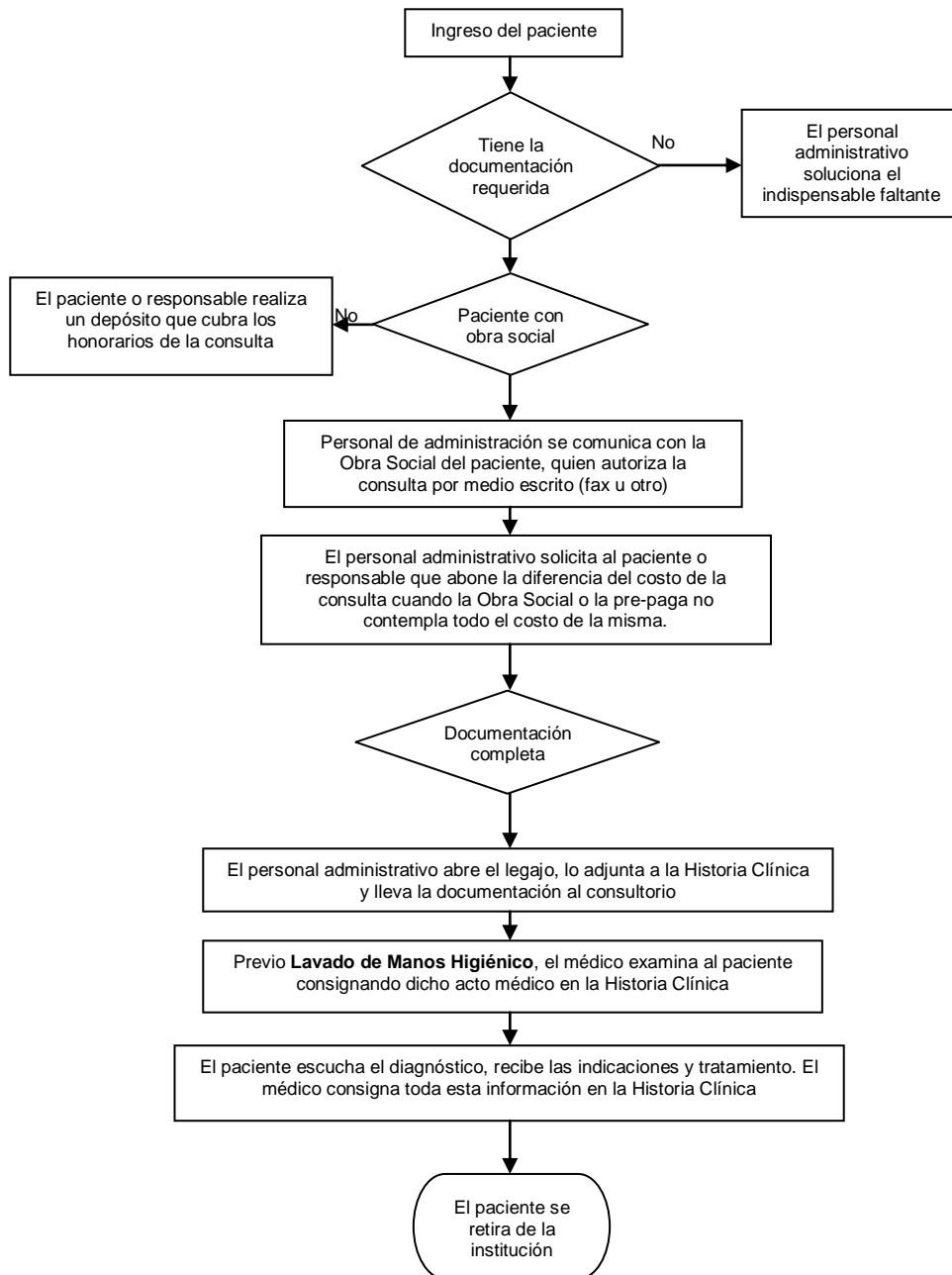


Diagrama de Flujo del Proceso Quirúrgico

