
GESTIÓN CLÍNICA

una herramienta para la gestión de la calidad en laboratorios clínicos

La necesidad de contar con métodos que lleven a una optimización de los recursos y a una mejora continua de la calidad de los servicios de salud ha determinado en las últimas tres décadas la aparición de nuevos paradigmas que se enmarcan en diferentes modelos de gestión de la calidad¹.

Entre ellos se encuentra la gestión clínica, entendiéndose por tal a la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes. La responsabilidad de las decisiones son tomadas por el equipo de salud. Su implementación implica una descentralización de la organización y un impulso hacia una nueva forma de trabajo enfocada hacia la gestión de procesos, la mejora continua y la autoevaluación sistemática².

Gestión de calidad en organizaciones de salud

Puede definirse calidad como el *grado en el que un conjunto de características inherentes cumple con los requisitos*. Éstos están determinados por las necesidades o expectativas establecidas, generalmente implícitas u obligatorias³:

Los clientes u otras partes interesadas no siempre expresan sus necesidades o expectativas, debiendo quienes diseñan y realizan un producto identificar los requisitos necesarios para el uso o servicio previsto. Es por ello que también se puede decir que *la calidad es la aptitud para satisfacer necesidades expresadas e implícitas, o la aptitud para ofrecer el servicio esperado*⁴.

Se entiende por calidad asistencial a la actividad que surge de proporcionar a cada paciente el conjunto de actos diagnósticos y terapéuticos que le asegure el mejor resultado en salud, conforme al estado actual de las ciencias de la salud, al mejor costo, con el menor riesgo y con la mayor satisfacción en términos de procedimientos, resultados y de contactos humanos en el sistema asistencial⁵. Para que ésto ocurra, se requiere la participación de los profesionales de salud, de los gestores y de la población asistida⁶.

Los modelos de gestión institucional pueden resultar útiles para mejorar la calidad en una organización de salud. Entre

ellos se encuentran los de gestión de la calidad total. Éstos se basan en la gestión de los procesos desarrollados en todas las áreas de la empresa, comprendiendo y comprometiendo a la estructura organizativa y a la dirección de la misma con el objeto de obtener una producción de bienes o servicios cuyas características y utilización sean funcionalmente correctas y que satisfagan las necesidades y requerimientos de los usuarios al menor costo posible^{7,8}. En el campo de la salud el objetivo final es asegurar una prestación de servicio que alcance los niveles de calidad establecidos y consiga mejorar el estado de la salud y satisfacer las necesidades del usuario^{9,10}.

Las normas de sistemas de gestión de la calidad de la serie de normas ISO 9000 revisadas reconocen ocho principios en los que se sustentan los modelos de gestión de calidad total^{11,12}:

- **Enfoque al cliente:** las organizaciones dependen de ellos y por lo tanto deberían comprender sus necesidades actuales y futuras, satisfacer sus requisitos y esforzarse en exceder sus expectativas.
- **Liderazgo:** los líderes deberían crear y mantener un ambiente interno en el que el personal pueda involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización.

- **Participación del personal:** el total compromiso del personal posibilita que sus habilidades sean usadas para el beneficio de la organización.

- **Enfoque basado en procesos:** si se gestionan las actividades y recursos como un proceso, el resultado deseado se alcanza con mayor eficiencia.

- **Enfoque de sistema 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.

- **Mejora continua:** la mejora continua del desempeño global de la organización debería ser un objetivo permanente de ésta.

- **Enfoque basado en hechos para la toma de decisión:** el análisis de los datos y la información permite tomar decisiones eficaces.

- **Relaciones mutuamente provechosas para el proveedor:** la capacidad de la organización y de sus proveedores para crear valor aumenta si la relación entre ambos es mutuamente beneficiosa.

Siguiendo estos principios, se hallan en la bibliografía propuestas de cambios en la organización y el funcionamiento de los laboratorios clínicos que se enmarcan en modelos de gestión clínica¹³.

El concepto de gestión clínica

La gestión clínica se enmarca dentro de los modelos de gestión de la calidad total. Su objetivo es ofrecer a los pacientes los mejores resultados posibles en la práctica clínica diaria (efectividad), acordes con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar favorablemente el curso de una enfermedad (eficacia), con los menores costos para el paciente y la sociedad en su conjunto (eficiencia)¹⁴.

Se definía a la gestión clínica como *la utilización adecuada de los recursos para la mejor atención de los pacientes*. Para Avedis Donabedian se estaría hablando de calidad de la atención de la salud. Por lo tanto, a la efectividad, la eficacia y la eficiencia se sumarían otros atributos: la conformidad con lo justo y razonable en la distribución de las acciones de atención médica y sus beneficios (equidad), con los deseos y expectativas individuales de las personas (aceptabilidad) y con los de la sociedad (legitimidad)¹⁵.

Esa utilización adecuada de los recursos implica que los integrantes del equipo de salud asuman la responsabilidad de las

decisiones que toman a diario y que comprometen los recursos económicos¹⁶.

Pero la gestión de los recursos en salud no ha sido clásicamente "clínica", sino administrativa o económica, contraponiéndose dos culturas con objetivos, valores y estilos profesionales diferentes. Al respecto, debe remarcarse el énfasis con que diferentes autores señalan el papel crítico de la integración de las culturas de los integrantes del equipo de salud y de los administradores para lograr un funcionamiento eficiente y efectivo de los sistemas de salud^{17,18,19}. Por ejemplo, cualquier programa de mejora de la calidad de atención que se desarrolle en un hospital (de efectividad clínica, de seguridad, de satisfacción, etc.), requiere combinar acciones de los servicios de diagnóstico y tratamiento y de las áreas administrativas del hospital. Para reforzar actividades clínicas, epidemiológicas, de diagnóstico de laboratorio, etc. se requiere un adecuado manejo de personal, de residuos hospitalarios, de bases de datos, de limpieza y de financiación²⁰.

Por otro lado, la transición del modelo de sociedad industrial

al de sociedad de información y servicios que ha acontecido en los últimos treinta años determina la necesidad de^{21,22}:

- Sostener la productividad de la organización cuidando la calidad de la información.
- Disponer de categorías y clases de información más refinadas y relevantes para la toma de decisiones en las funciones de la cadena de valor económica y social donde la organización está integrada (entorno social, mercado, medioambiente, economía sectorial y global).
- Lograr la eficacia de la organización a expensas de la calidad de la comunicación.
- Generar prestaciones a partir de la calidad de las relaciones.

- Asegurar mayor rentabilidad de la empresa gracias a un enfoque centrado en las actividades y los métodos.

- Reformular la gestión de los recursos humanos perfeccionando el desarrollo personal y profesional, el nuevo diseño organizacional basado en la gestión de equipo, la dirección del conocimiento y la cultura emprendedora y la innovación creativa y transformadora.

La gestión clínica parece ser una opción para dar respuesta a esta problemática. Dos subsistemas de gestión constituyen los pilares sobre los que se apoya la gestión clínica: la gestión de la información y la gestión del factor humano

Gestión de la información

Para implementar gestión clínica en una organización de salud cobra vital importancia el manejo de la información clínica y gerencial. El diseño y uso de la información debe ser relacional, permitiendo asociar diagnósticos, procedimientos, resultados y costos a pacientes o grupos de pacientes específicos²³. Los sistemas de información que se utilicen deben posibilitar la implementación y vigilancia de indicadores de evaluación de desempeño y de calidad de atención.

La cultura de medición y toma de decisiones sobre la base de los datos obtenidos no ha tenido históricamente un desarrollo adecuado en las instituciones de salud de nuestro país. En los hospitales se han obtenido sistemáticamente algunos datos estadísticos que se relacionan con aspectos inherentes a la utilización de la estructura o en algunos casos con registros codificados de patologías implementados en forma rudimentaria. En el sector privado, particularmente, ha tenido un gran desarrollo la producción de datos de facturación de los servicios, pero este hecho aislado tampoco ha demostrado una relevancia significativa en la evaluación de calidad²⁴.

En los servicios de laboratorio el registro de las estadísticas de producción es utilizado como herramienta para la toma de decisiones en el marco de un planeamiento estratégico. La ágil obtención de estos datos de producción y su relación con aspectos clínicos, epidemiológicos, organizacionales y financieros de la atención de los pacientes es posible gracias a la introducción de sistemas informáticos de gestión de laboratorios (SIL)²⁵.

Asimismo, la mejora en el manejo de la información y de la productividad del personal permite disminuir costos de no calidad²⁶. El SIL debe ser el centro y el eje sobre el que pivotee todo el laboratorio clínico²⁷.

Los SIL se convierten en valiosos aliados para garantizar la trazabilidad de los resultados informados por el laboratorio. Para ello, la incorporación de sistemas de identificación por códigos de barra y tracking de las muestras e interfaces con los diferentes analizadores del laboratorio así como con otros sistemas de gestión del hospital comienzan a convertirse en requerimientos habituales de los usuarios de los SIL²⁸.

Como requisitos generales, además de permitir la identificación de estudios, pacientes y demandantes, el SIL debe reunir algunas características para que sea eficaz, entre las que se encuentran^{29,30,31,32}:

- **Potencia y rapidez:** dado que el volumen de información que se maneja es muy elevado.
- **Sencillez de uso:** para facilitar la formación de usuarios.
- **Flexibilidad y capacidad de conexión con otros sistemas del laboratorio y con otros sistemas de información del hospital.**
- **Estandarización:** debe cumplir los estándares que se definan respecto a sistemas de identificación, codificación, terminologías normalizadas, comunicaciones, así como cumplir los requisitos de confidencialidad, seguridad, trazabilidad y las recomendaciones de sociedades científicas y organismos competentes.

Gestión del factor humano

Toro Papapietro sostiene que *la gestión es un tema de personas, de las personas en un tipo de relaciones sociales particulares que ocurren al interior de las organizaciones y entre éstas y su entorno externo*³³. La supervivencia de las organizaciones dependerá entonces de la innovación (formación continua, actualización de servicios) y la coparticipación (unión de objetivos, unión de recursos y trabajo en equipo) de su factor humano³⁴.

La formación continua del personal de los servicios de salud por medio de acciones de capacitación y desarrollo facilita a través de la mejor formación del mismo un uso más eficiente de los recursos³⁵. Se entiende por capacitación al proceso que auxilia a los miembros de una organización a desempeñar su trabajo actual³⁶. Este proceso tiende a provocar un cambio positivo en la actitud mental, los conocimientos, habilidades y conductas³⁷. Los beneficios de la capacitación pueden prolongarse en el tiempo y auxiliar en el desarrollo de la persona. Las actividades de desarrollo, por otro lado, se refieren a la preparación para puestos de mayor responsabilidad en un futuro, independientemente de las responsabilidades actuales.

Luis Oteo Ochoa plantea la necesidad de renovar la visión del factor humano en las organizaciones contemporáneas en un entorno competitivo. La gestión del conocimiento para este autor significa hacer operativas o implantar creativamente las ideas a través de un sistema de mejora que consiste en³⁸:

1. Identificar los conocimientos mediante equipos de trabajo cooperativo.
2. Aplicar niveles de conocimiento que implican saber acerca de, saber cómo, saber evaluar, saber mejorar y saber aprender.
3. Hacer uso del saber.
4. Identificar oportunidades de aprendizaje a través de fuentes internas y externas.
5. Evaluar los conocimientos a través de sistemas y técnicas comparadas, orientando la estrategia operativa hacia la excelencia.
6. Crear las competencias esenciales que conduzcan a la mejora de la calidad y la productividad y por consiguiente a la ventaja distintiva sostenible.

La *competencia* del personal, basada en la educación, formación, habilidades y experiencia, es un elemento esencial de los sistemas de gestión. Por ello, *la formación, sensibilización,*

competencia, implicación y motivación del personal son requisitos importantes de manuales de acreditación y diversas normas^{39,40,41,42,43,44,45}.

Pueden realizarse en los servicios hospitalarios diversas acciones de formación continua que posibiliten la implementación de la gestión clínica. Para que estas acciones sean efectivas y duraderas debe lograrse un buen clima laboral y mantener una adecuada comunicación interna y externa⁴⁶. Ahora bien, la visión que un grupo tiene de sí mismo y de su entorno, las respuestas que aprendió ante sus problemas de subsistencia en su medio externo y ante sus problemas de integración interna se denomina cultura⁴⁷. La cultura organizacional deberá ser emprendedora, abierta, amable con las diferencias, las nuevas ideas y con sentido del humor si se pretenden desarrollar procesos en los que se fomente la creatividad y la innovación⁴⁸.

La importancia que tienen las relaciones laborales en el funcionamiento de la tecnología ha sido estudiada por algunos autores⁴⁹. En estos trabajos, se interpreta como capital humano a la aptitud del grupo para poner en funcionamiento la tecnología, la que funciona efectivamente sólo en los casos donde hay un líder paternalista o democrático. La conducción paternalista se encontró en casos donde todos cumplían las normas y respondían a un jefe -el "líder héroe", según Schein⁵⁰. En los casos de conducción democrática los grupos estudiados tenían confianza en sí mismos y estaban preparados para funcionar en condiciones de escasez de recursos.

Se han mencionado dos estilos de liderazgo que resultaron efectivos en un grupo de laboratorios clínicos con culturas determinadas, pero ¿cuál sería el mejor estilo para el desarrollo de la gestión clínica? La respuesta a este interrogante no parece sencilla, aunque se podría hallar una pista en el modelo de liderazgo situacional de Hersey y Blanchard. Según estos autores ninguno y todos los estilos de liderazgo del supervisor son los mejores estilos, dado que el mejor estilo será el que mejor se adecue a las necesidades del colaborador⁵¹. El modelo de liderazgo situacional se apoya en los siguientes supuestos:

- Se entiende a la conducción como un servicio que el supervisor presta a sus colaboradores.
- Si bien se tiene en cuenta la existencia de modelos teóricos

ideales, se busca el que resulte más adecuado para determinada situación.

- Las necesidades de conducción y autonomía del colaborador cambian cada vez que él se modifique como persona, varíe su tarea o se modifique la situación.

Este modelo considera primordial mantener fluidos canales de comunicación por parte de los supervisores con los colaboradores de forma de poder reconocer a través de sus actividades, demandas, expectativas y cuál es su nivel de autonomía.

Ahora bien, se habla de "cambio", "modificación", "variación" de las situaciones, las organizaciones se ven sujetas a procesos de crecimiento a los que se contraponen procesos limitantes. En el mundo de las organizaciones, Peter Senge sostiene que "cambio" no se refiere sólo a los cambios externos en tecnología, clientes, competidores, estructura del mercado o del ambiente social o político. También se refiere a los cambios internos: cómo se adaptan las organizaciones a las variaciones del ambiente³². Para este autor, liderazgo es la capacidad humana para dar forma a su futuro, sosteniendo los procesos de cambio que para ello se requieran.

Diversas iniciativas de cambio se han llevado a cabo para mejorar la gestión de laboratorios clínicos³³:

- En algunas experiencias se ha redistribuido el personal del laboratorio, reduciendo el número de personas dedicadas a la asistencia básica para potenciar los sistemas de información, control de calidad y áreas de nuevas tecnologías con menor grado de automatización.

Conclusiones

La administración y la clínica se esfuerzan por encontrar un lenguaje común para afrontar con éxito a los continuos cambios tecnológicos, organizativos y de gestión que están introduciéndose en los servicios de atención de salud. Para lograrlo es indispensable disponer de grandes dosis y capacidad de adaptación a dichos cambios. Asimismo, se debe contar con

Dra. Graciela Etcheverry



- Magister en Economía de la Salud y Administración de Organizaciones de Salud (UNLP)
- Jefe de Sala del Servicio de Laboratorio Central del Hospital Interzonal General de Agudos "Gral. San Martín" de La Plata
- Miembro de SACAS (Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud)

gracielaetcheverry@ciudad.com.ar

- La realización de actividades de capacitación interdisciplinarias permite al laboratorio identificar necesidades y requerimientos de otros servicios del hospital así como de los niveles gerenciales. Luego, a partir del uso apropiado de esa información, se logra una más efectiva y eficiente participación del servicio en el proceso asistencial.

- La generación de empleados multicompetentes dentro del laboratorio por medio del intercambio del personal entre diferentes secciones del mismo no sólo son de provecho para el laboratorio. También posibilita que las personas desarrollen habilidades diferentes, generándoles beneficios de índole motivacional.

- Involucrar al personal en las actividades de evaluación y mejora de la calidad del servicio posibilita la revisión continua de las prácticas diarias y su adecuación a las necesidades de atención de los pacientes. Representa, asimismo, una excelente oportunidad para el desarrollo de indicadores de la gestión del laboratorio.

métodos que lleven a una optimización de los recursos y a una mejora continua de la calidad de los servicios de salud. Entre los modelos de gestión de la calidad total, la gestión clínica, apoyándose en la integración de las gestiones de la información y del factor humano parece ser una buena opción para dar respuesta a estas problemáticas.

Referencias

1. Tejedor Fernández M, Pérez JJ, García Alegría J. Gestión Clínica: aplicación práctica en una unidad hospitalaria (II). *Rev Calidad Asistencial* 2003; 18 (2): 125 - 31.
2. Temes J, Parra B, Rebellón I. Gestión Clínica. Ventajas e inconvenientes. En: Temes J, Parra B. *Gestión Clínica*. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2000. p. 51 - 9.
3. Norma ISO 9000:2000 (traducción certificada). *Sistemas de gestión de la calidad*. Conceptos y vocabulario; 2000.

4. Froman B. *Del manual de la calidad al manual de gestión*. La herramienta estratégica Madrid: Ediciones AENOR; 2001.

5. Fernández Espina C. Introducción a la calidad: conceptos generales. En: Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica, Fernández Espina C, Mazzotta D. *Gestión de la calidad en el laboratorio clínico*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 1 - 26.

6. Rodríguez Pérez M. Calidad asistencial: conceptos, dimensiones y desarrollo operativo. En: Oteo L. Gestión clínica: desarrollos e instrumentos. Manuales de dirección médica y gestión clínica. Madrid: Díaz de Santos; 2006. p. 1 - 50.
7. Bernillón A, Cerrutti O. Implantar y gestionar la calidad total. Barcelona: Gestión 2000; 1989.
8. Cuatrecasas L. Gestión integral de la calidad. Implantación, control y certificación. Barcelona: Gestión 2000; 1999.
9. Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1993.
10. Fernández Espina C. Introducción a la calidad: conceptos generales. En: Confederación Latinoamericana de Química Clínica, Fernández Espina C, Mazziotta D. Gestión de la Calidad en el Laboratorio Clínico. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2005. p. 1 - 26.
11. Norma ISO 9000:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Conceptos y Vocabulario.
12. Norma ISO 9004:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora del desempeño.
13. Etcheverry G. Abordaje de Unidades de Laboratorio bajo el Paradigma de Gestión Clínica en el Área de La Plata y Gran La Plata [Tesis de Maestría]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2002.
14. Pérez Lázaro JJ, García Alegre J, Tejedor Fernández M. Gestión Clínica: conceptos y metodología de aplicación. Rev Calidad Asistencial 2002; 17: 305 - 11.
15. Donabedian A. Garantía y Monitoría de la Calidad de la Atención Médica. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 1992.
16. Temes J, Parra B, Rebollón I. Gestión Clínica. Ventajas e inconvenientes. En: Temes J, Parra B. Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2000. p. 51 - 9.
17. Temes J, Parra B, Rebollón I. Gestión Clínica. Ventajas e inconvenientes. En: Temes J, Parra B. Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2000. p. 51 - 9.
18. White T. Gestión Clínica. Manual para Médicos, Enfermeras y Personal Sanitario. Barcelona: Masson; 1997.
19. Mintzberg H. Mintzberg y la dirección. Madrid: Editorial Díaz de Santos; 1991.
20. Insua J. Gestión Clínica. Dirección Médica moderna y Gerenciación de Cuidados Clínicos. En: Báscolo E, compilador. Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio. Rosario: Instituto de la Salud "Juan Lazarte"; 2002. p. 41 - 72.
21. Fernández Espina C. Los retos del analista clínico en el tercer milenio. Acta Bioquim Clin Latinoam 2002; 36 (1): 27 - 40.
22. Oteo Ochoa L. Innovación y gestión del conocimiento: bases conceptuales e instrumentos. En: Oteo L. Gestión clínica: desarrollos e instrumentos. Manuales de dirección médica y gestión clínica. Madrid: Díaz de Santos; 2006. p. 233 - 378.
23. Insua J. Gestión Clínica. Dirección Médica moderna y Gerenciación de Cuidados Clínicos. En: Báscolo E, compilador. Desarrollo de Instrumentos de Gestión como Estrategia de Cambio. Rosario: Instituto de la Salud "Juan Lazarte"; 2002. p. 41 - 72.
24. Programa PICAM. Informe de avances, reflexiones agosto de 2006. Disponible en: http://www.calidadensalud.org.ar/index.php?option=com_content&task=view&id=23&Itemid=41. [Accedido: 23 feb 2008].
25. Heineger Mazo A. Gestión clínica en laboratorios. La experiencia en el Hospital "Carlos Haya" de Málaga. En: Temes J, Parra B. Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2000. p. 129 - 42.
26. Kohn L, Corrigan J, Donaldson M, eds. To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press, 2000. Disponible en: http://fermat.nap.edu/execsumm_pdf/9728.pdf [Accedido: 19 May 2005]
27. Fernández Espina C, Urquia A, Larrache B, Capdevilla L, Palacio L. Organización funcional del Servicio de Análisis Clínicos de un hospital comarcal: nuestra experiencia. Acta Bioquim Clin Latinoam 1999; 28 (3): 359 - 84.
28. Weiler M and Tilzer LL. Putting bar codes to work for improved patient care. Clin Lab Med 1991; 11 (1):227 - 38.
29. Heineger Mazo A. Gestión clínica en laboratorios. La experiencia en el Hospital "Carlos Haya" de Málaga. En: Temes J, Parra B. Gestión Clínica. Madrid: Mc Graw Hill Interamericana; 2000. p. 129 - 42.
30. Commission on Laboratory Accreditation. Inspection Checklist, Section 1, Laboratory General - Computer Services. College of American Pathologists, Northfield IL, 2000.
31. Instituto Argentino de Normalización. Anexo B. Recomendaciones para la protección de los sistemas informáticos de laboratorio (SIL). En: Traducción de la Norma ISO 15189:2003. Laboratorios de análisis clínicos. Requisitos particulares para la calidad y la competencia.
32. Fernández Espina C. Esquemas de los principales requisitos, medios y acciones exigidas por normas de calidad del laboratorio clínico. En: Confederación Latinoamericana de Bioquímica Clínica, Fernández Espina C, Mazziotta D. Gestión de la calidad en el laboratorio clínico. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 2005. p. 83 - 119.
33. Toro Papapietro L. Notas sobre Planificación Estratégica. México: julio / agosto de 1999.
34. Fernández Espina C. Los retos del analista clínico en el tercer milenio. Acta Bioquim Clin Latinoam 2002; 36(1): 27 - 40.
35. Etcheverry G. Abordaje de Unidades de Laboratorio bajo el Paradigma de Gestión Clínica en el Área de La Plata y Gran La Plata [Tesis de Maestría]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2002.
36. Werther W, Davis K. Administración de personal y recursos humanos. México: Editorial Mc Graw - Hill; 1995.
37. Aquino J, Vola R, Arecco M, Aquino G. Recursos Humanos. Buenos Aires: Ediciones Macchi; 1999.
38. Oteo Ochoa L. Innovación y gestión del conocimiento: bases conceptuales e instrumentos. En: Oteo L. Gestión clínica: desarrollos e instrumentos. Manuales de dirección médica y gestión clínica. Madrid: Díaz de Santos; 2006. p. 233 - 378.
39. IITAES. Manual de Acreditación para Establecimientos Ambulatorios de Diagnóstico y Tratamiento. Módulo: Laboratorio de Análisis Clínicos. Buenos Aires; 2001.
40. Froman B. Del manual de la calidad al manual de gestión. La herramienta estratégica Madrid: Ediciones AENOR; 2001.
41. Norma ISO 9001:2000 (ES). Sistema de gestión de la calidad - Requisitos.
42. Norma ISO 9004:2000. Sistemas de Gestión de la Calidad. Directrices para la mejora del desempeño.
43. Tor D. Sistema integrado de Gestión Ambiental - Seguridad y Salud Ocupacional. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos12/sisteint/sisteint.shtml>. [Accedido: 13 Mar 2008]
44. Norma IRAM - ISO 14001. Sistemas de gestión ambiental. Requisitos con orientación para su uso.
45. OHSAS 18001: 1999. Sistemas de Gestión de Seguridad y Salud Ocupacional - Especificación.
46. Etcheverry G. Abordaje de Unidades de Laboratorio bajo el Paradigma de Gestión Clínica en el Área de La Plata y Gran La Plata [Tesis de Maestría]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2002.
47. Schein E. La cultura empresarial y el liderazgo. Barcelona: Plaza & Janes; 1988.
48. Toro Papapietro L. Notas sobre Planificación Estratégica. México: julio / agosto de 1999.
49. Bianconi Z. Cultura y tecnología. Un estudio en laboratorios de análisis clínicos hospitalarios. Medicina y Sociedad 1991; 14 (3): 16 - 21.
50. Senge P, Kleiner A, Roberts C, Ross R, Roth G, Smith B. La danza del Cambio. Los retos de sostener el impulso en organizaciones abiertas al aprendizaje. Bogotá: Editorial Norma; 2000.
51. Rovira E, Laperuta V. Una aproximación al modelo de liderazgo situacional. Traducción y síntesis de Hersey P, Blanchard K. Management of Organizational Behaviour. New York: Columbia University press; 1977.
52. Senge P, Kleiner A, Roberts C, Ross R, Roth G, Smith B. La danza del Cambio. Los retos de sostener el impulso en organizaciones abiertas al aprendizaje. Bogotá: Editorial Norma; 2000.
53. Etcheverry G. Abordaje de Unidades de Laboratorio bajo el Paradigma de Gestión Clínica en el Área de La Plata y Gran La Plata [Tesis de Maestría]. La Plata: Universidad Nacional de La Plata; 2002.