

Revista Mexicana de Medicina de Urgencias

Volumen
Volume 1

Número
Number 1

Enero-Marzo
January-March 2002

Artículo:

Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días (Parte I)

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Sociedad Mexicana de Medicina de Emergencia A.C.

**Otras secciones de
este sitio:**

- 👉 **Índice de este número**
- 👉 **Más revistas**
- 👉 **Búsqueda**

***Others sections in
this web site:***

- 👉 ***Contents of this number***
- 👉 ***More journals***
- 👉 ***Search***



Medigraphic.com

Calidad en medicina de urgencia, una necesidad de nuestros días (Parte I)

Dr. Raúl Peña Viveros*

RESUMEN. La calidad es cumplir con los requerimientos para satisfacer las necesidades y expectativas de los usuarios. Son múltiples las variables que influyen para lograr la satisfacción final. En la actualidad se ha incrementado el nivel de información de los usuarios y por lo tanto su nivel de exigencia. La calidad en los servicios de urgencias en México se encuentra afectada por el deficiente primer nivel de atención, la poca mentalidad de competencia y mejora, la escasez de recursos económicos, la deficiente infraestructura, sobresaturación de pacientes y deficiencias en el proceso diagnóstico y terapéutico. En este artículo se revisan estrategias prácticas para la modificación de actitud y organización de un servicio de urgencias que permitan generar un cambio, mejorando los procesos de atención y los resultados en indicadores y satisfacción del usuario y prestador de servicio. Entre estas estrategias se encuentran: desarrollar un plan estratégico, mejorar el nivel profesional y resolutivo de los médicos del servicio, incrementar la información al paciente, mejorar el trato humano con amabilidad y cortesía, mejora de los procesos de apoyo diagnóstico, mejorar el expediente clínico, supervisión constante de los procesos, mayor educación a la población usuaria, mejora en el primer nivel de atención y mayor infraestructura y recursos económicos a los servicios de urgencias.

Palabras clave: Calidad, medicina de urgencias.

Es fácil comprender el impacto de la palabra calidad si consideramos su origen del griego *Kalos* que significa lo bueno, lo hermoso, apto, favorable y del latín *Qualitatem* (propiedad).

Múltiples son las definiciones sobre calidad, hablar de lo bien hecho, el cumplimiento de las expectativas de los usuarios, la satisfacción del consumidor, etc. En lo particular prefiero la definición donde se habla del cumplimiento de ciertos requerimientos o características que deben tener los productos o servicios. Es el cumplir sistemáticamente estos requerimientos para satisfacer las necesidades y expectativas de nuestros usuarios.

La calidad de un servicio se mide no sólo por un factor, lo complejo de lograr la calidad en un servicio de salud es precisamente las múltiples variables que influyen para lograr la satisfacción de los usuarios y prestadores de servicio. Entre estos aspectos se encuentran por ejemplo la puntualidad del servicio, la oportunidad en la atención del pa-

ABSTRACT. The quality is to expire with the requirements to satisfy the needs and expectations of the users, multiply are the variables that influence to achieve the final satisfaction. In the present time there has been increased the level of information of the users and therefore its level of exigency. The quality in the services of urgencies in Mexico is affected by the first deficient level of attention, small mentality of competition and improvement, the shortage of economic resources, deficient infrastructure, over saturation of patient and favits in the process of diagnostic and therapeutic. In this article practical strategies are chequed for the modifications of the attitude and organization of a service of urgencies that allow to generate a change improving the processes of attention and the results in indicators and satisfaction of the user and lender of service. Among these strategies they are: development of a strategic plan, to improve the professional and decisive level to the doctors of the service, to increase the information to the patient, to improve the human treatment with amability and courtesy, the improvement of the processes of diagnostic support, to improve clinical processes, constant supervision of the processes, major education to the users, in improves in the first level of attention and major infrastructure and economic resources to the services of urgencies.

Key words: Quality, emergency medicine.

ciente, la amabilidad del personal de salud y asistentes, la limpieza del lugar, la infraestructura ofrecida, la presentación del personal, el nivel del trato humano, la capacidad técnica médica, el nivel de información sobre la enfermedad, etc. Es decir, nuestros pacientes y familiares evalúan la calidad de un servicio de urgencias como un todo, si algo falla las expectativas de nuestros usuarios no son satisfechas y por lo tanto existirá la inconformidad.

El grado de exigencia actual de los pacientes y sus familiares se ha incrementado, los usuarios de los servicios de urgencias han mejorado su nivel de información y han incrementado sus expectativas. Esto es muy bueno para todos, a pesar del disgusto de algunos colegas por considerar esto como una amenaza. Desafortunadamente las fuentes de información de los pacientes no siempre son las mejores y muchos de los pacientes y familiares reciben sin crítica alguna, la información de medios de comunicación masiva que por ganar audiencia desprestigian y menosprecian acciones médicas o desinforman al público sobre lo que realmente son sus derechos, no mencionan sus obligaciones y evidencian complicaciones médicas como verdaderos atentados contra el bienestar y salud del pueblo de México. Esto va en contra del pensamiento de la calidad y afectan

* Médico Especialista en Medicina de Urgencia.
Presidente del Consejo Mexicano de Medicina de Urgencia.
Expresidente de la SMME.

seriamente la imagen del personal de salud, generando día a día una barrera en la relación médico paciente.

Las acciones administrativas de compañías públicas y privadas en la elaboración de productos y otorgamiento de servicios es hoy en día no sólo un lujo sino una necesidad. Si no se cuenta con una planeación administrativa correcta, la organización está condenada al fracaso. La competitividad entre empresas refleja una lucha constante no sólo para sobrevivir, sino para ser los mejores en el ramo. Un pensamiento de calidad y competencia que predomina en países desarrollados.

Esta filosofía empresarial parecer estar lejos de la práctica de la medicina de urgencia. En México más de la mitad de la población es atendida por los servicios de salud del Instituto Mexicano del Seguro Social y otro porcentaje por otras organizaciones públicas de salud, muy pocos cuentan con seguros que cubren sus gastos médicos en la iniciativa privada. Si bien la tendencia actual es a la privatización de los servicios de salud por medio de estas aseguradoras que ven de primera instancia un beneficio económico, que finalmente es su negocio. El personal de los servicios de urgencias de los hospitales públicos difícilmente se preocupan por pensar en esta competitividad y se ocupan más por sacar adelante la jornada de trabajo, limitándose a tener pocos problemas. Quizás el pensamiento de este personal de salud gire en torno a tener seguro el trabajo y contar con el dinero indispensable para vivir. Pero de que se trabaja, por supuesto que se trabaja. En nuestro país no es un secreto que un médico especialista tendrá que tener dos o tres empleos para obtener un salario más o menos oneroso para sus necesidades como profesionista. Si a esto le sumamos los problemas que viven la medicina de primer nivel en sus aspectos preventivos y educativos de la población y los diversos problemas de las instituciones de salud, obtenemos el porqué de la "calidad" ofrecida en nuestros servicios de urgencias.

En el trabajo cotidiano pensamos que estamos haciendo las cosas con calidad, que la mayoría de nuestros pacientes están satisfechos con el servicio y que los problemas que pudiesen presentarse en realidad no son importantes.

Comparar nuestros sistemas actuales de salud en urgencias con otros países o aun entre los diferentes hospitales de la República Mexicana seguramente nos daría una visión más real de las cosas. La calidad está muy lejos de predominar en urgencias. Es una lástima que las miles de acciones bien realizadas para salvar vidas que se realizan en estos servicios se vean menospreciadas por los directivos, responsables administrativos de los servicios de salud y el personal mismo que trabaja en urgencias, pero lo más importante es que la sociedad no reconozca lo importante que es un servicio de urgencias y cuál es su utilidad.

Es conveniente plantearnos una pregunta en este momento: ¿es necesario un cambio en los servicios de urgencias de nuestro país? Si su respuesta es sí, seguramente compartirá

conmigo algunos de los siguientes puntos de vista: quien ha estado en un servicio de urgencias recordará un sinnúmero de anécdotas en relación a las vivencias diarias, la sala de emergencias llena de pacientes, la mayoría con urgencias verdaderas, otros (no siempre los menos) sin necesidades reales de estancia. Esta sobrecarga de un servicio genera cargas de trabajo para los médicos y enfermeras que rebasan su capacidad en tiempo para su jornada de trabajo. El tiempo limitado por paciente genera que inconscientemente se pasen desapercibidos datos importantes al interrogatorio o tratamiento y la posibilidad de omisiones diagnósticas. El número de camillas por lo general es insuficiente para albergar tal demanda de pacientes, la incomodidad, falta de intimidad del paciente y la insatisfacción son elementos frecuentes de muchos servicios de urgencias.

El cambio en la morbilidad de México en cuanto al incremento de atenciones de pacientes seniles con enfermedades crónico-degenerativas como la diabetes mellitus, insuficiencia renal crónica, enfermedad vascular cerebral, etc. ha originado un alto porcentaje de ocupación hospitalaria en los servicios de medicina interna, con un tiempo de estancia que puede ser de más de 6 días, la consecuencia es una oferta limitada de camas diarias a urgencias y por ende la poca movilización de los pacientes. Muchas veces nos preguntamos ¿Es el servicio de urgencia una extensión del servicio de medicina interna? La relación del médico internista y el médico de urgencias es por lo general buena, sin embargo, a los primeros se les olvida a veces el enorme estrés que se vive en urgencias y la lentitud del proceso de atención en piso de pacientes hospitalizados puede ser algo realmente grave para el servicio de urgencias de un hospital. Y qué decir del personal que labora aún en la mayoría de los servicios de urgencias, médicos con poca capacidad resolutoria, con especialidades poco afines a la emergencia, con poco interés de actualización y superación personal, etc.

Nuestros pacientes afortunadamente están adquiriendo cada día más conocimientos sobre su salud y el nivel de exigencia en calidad de atención e información se vuelve mayor. Sin embargo, es sin duda una desventaja para los servicios de urgencias actuales ya que los múltiples problemas que se viven en muchos de los servicios, genera mayor tensión laboral y predispone a una mala relación médico-paciente, incrementándose los riesgos y posibilidad de quejas o demandas.

La atención de un paciente con una urgencia menor puede prolongarse por varios minutos (espero que no horas) y poner en riesgo al paciente al no identificarse con oportunidad algún problema de salud que puede evolucionar a una situación realmente grave. Así podemos decir que varios de nuestros servicios de urgencias gozan de: sobrecarga de pacientes, incomodidades, falta de intimidad para el paciente, aumento en los tiempos de espera para ser

atendidos, omisiones diagnóstico terapéuticas, mala relación médico paciente y estancias innecesarias en urgencias con poca disponibilidad de camas para hospitalización en medicina interna, además de mala o insuficiente información a familiares y pacientes.

Vaya panorama. Los servicios de urgencias en hospitales privados tampoco están exentos de problemas, la poca disponibilidad de personal especializado en medicina de urgencia y el ahorro de costos puede hacer que se contraten médicos inexpertos en el manejo de urgencias, la tendencia a “recuperar” gastos o practicar la medicina “defensiva” hace que se realicen estudios de laboratorio y gabinete no necesarios para el paciente (aunque sí para el hospital), repercutiendo en costos para la aseguradora. La mayoría de los médicos que laboran en este tipo de hospitales trabajan también en hospitales públicos y en ocasiones transforman su personalidad para tratar mejor al paciente privado (afortunadamente los menos). Por supuesto, actitud no ética. El lujo de algunos de estos hospitales no garantizan por supuesto una mejor calidad de atención, no todo es dinero en medicina, que por supuesto no debería existir la medicina para ricos y pobres. La gran disponibilidad de recursos tecnológicos en algunos centros de medicina privada, hacen que la clínica pase a segundo término y necesitemos una tomografía axial computada de tórax para el diagnóstico de un neumotórax.

Esta problemática no es exclusiva de México, la mayor parte de los países en América Latina comparten situaciones similares a la nuestra y aun los países desarrollados como Estados Unidos, Australia, Inglaterra tienen problemas de sobresaturación, mala utilización de los servicios de urgencias por urgencias menores o no reales, etc. Pero esto no deberá ser un pretexto para no actuar, el especialista en medicina de urgencia debe demostrar su valía y su determinación por hacer que su especialidad tenga presencia en el cambio que se requiere en nuestros cientos de salas de urgencias.

Ante todo esto es necesario generar acciones que realmente gesten un cambio, hace más de 10 años que por fortuna existe en México la especialidad de medicina de urgencia y esto es un excelente principio. La “tierra de nadie” es ahora del médico de urgencias y es el primer responsable de mejorar la calidad de estos servicios, sin duda una piedra angular de cualquier unidad hospitalaria, la puerta de entrada de más del 50% de los pacientes que se hospitalizan. La salud de los mexicanos exige un cambio para mejorar la atención en urgencias. En esta serie de ensayos se tratarán diferentes temas relacionados con la mejora de la calidad, que espero sinceramente sean de utilidad para los médicos que laboran en urgencias, siendo lo mejor entablar una comunicación a través de este foro que es su revista Mexicana de Medicina de Urgencias y que comparta con nosotros su punto de vista y experiencia.

¿Cómo generar un cambio y pasar al pensamiento de calidad?

Los principios básicos en lo que se refiere a la filosofía de la calidad los toca a la perfección W. Edwards Deming en sus publicaciones, donde habla de los 14 pasos para lograr la calidad.

Que en forma resumida son:

1. Crear perseverancia en el propósito de mejorar el servicio, ser competitivos.
2. Adoptar una nueva filosofía.
3. Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad.
4. Mejorar de manera constante y permanente el sistema de producción del servicio, reduciendo constantemente costos.
5. Eliminar las barreras que le quiten al trabajador su derecho a sentir orgullo por su trabajo.
6. Desechar el miedo de manera que cada uno pueda trabajar con eficacia para la organización.
7. Destruir las barreras entre los departamentos.
8. Desarrollar un programa moderno de capacitación.
9. Eliminar lemas, exhortos y objetivos que pidan a los trabajadores cero defectos y nuevos niveles de productividad.
10. Eliminar los estándares de trabajo en planta.
11. Implementar el liderazgo.
12. Instituir un programa vigoroso de educación y automejora.
13. Acabar con la práctica de hacer negocios con base en el precio.
14. Poner a todo el personal de la compañía a trabajar para conseguir la transformación.

Deming promovió el uso del control estadístico y su círculo (planear, hacer, verificar y actuar) para el logro de la calidad. Así como este autor, existen otros que tratan a través de una serie de pasos y filosofías, la mejora de la calidad. En una serie de artículos en esta revista, trataremos de enmarcar posteriormente cada uno de los puntos clave para el proceso de mejora, como son la reingeniería en medicina de urgencia, el liderazgo, la motivación, etc. Se sugiere al lector consultar la bibliografía propia de cada uno de los autores en calidad, ya que éste es un tema amplio y por demás interesante.

Los paradigmas rodean nuestra vida, muchas veces no nos percatamos de su existencia y la rutina hace imposible romperlos cuando es necesario. Los servicios de urgencias con sus propios paradigmas se vuelven también rutina. ¿Cómo romper esa rutina?, ¿Cómo hacer que los médicos, enfermeras, directivos, afanadoras, asistentes, trabajadoras sociales, etc. piensen diferente? La clave de todo está en la actitud. Para generar un cambio se requiere un líder, un

verdadero líder. Que no sólo tenga un nombramiento administrativo por el director del hospital, sino que demuestre con el ejemplo lo que hay que realizar, cómo hacerlo, cómo tratar a la gente, cómo llevar al grupo y no empujarlo.

Un líder que demuestre que es trabajo conjunto lo que se necesita y transmita con su entusiasmo las innovaciones necesarias habrá ganado una buena parte del terreno. Nada más motivante para los trabajadores que ver cómo su jefe comparte responsabilidades, problemas y éxitos. Hay que tener empuje y muchas ganas de trabajar en una jefatura, no es sólo un puesto y prestigio lo que se debe perseguir, se sufre realmente en una jefatura tan compleja cuando se tiene la responsabilidad e interés por mejorar el servicio.

Cambiar no siempre es cuestión de dinero, si bien éste es un factor importantísimo, se pueden generar acciones de cambio al inicio sin necesidad de más dinero. En los siguientes párrafos señalaré los puntos que considero claves para generar un cambio e iniciar el largo camino para la mejora continua y el pensamiento de calidad.

1. Iniciar el cambio con una buena administración de la jefatura del servicio de urgencias. Se debe contar con un plan estratégico que guíe al equipo, hacia sus metas y objetivos. El plan estratégico contiene los lineamientos necesarios para que se cuenten con las estrategias del servicio que romperá esos paradigmas con los que se vive todos los días. En este plan deberá participar el personal operativo en su conformación, sobre todo cuando se plantea por el método de FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) cuáles serán las estrategias de acción. No se debe ser al principio muy ambicioso en la visión de la organización, ni en las metas. Esto lleva tiempo, a veces años, en generar un cambio real. Por ejemplo bajar el tiempo de estancia en urgencias de 20 a 16 horas en 6 meses sería realmente un éxito, ya que la suma de todos los tiempos de estancia en urgencias dan por resultado ese promedio. En un artículo especial en esta revista, se tratará el tema de planeación estratégica para un servicio de urgencias donde se contemplará a detalle este método de administración.
2. Las acciones médicas son fundamentales para reducir ingresos innecesarios y disminuir el tiempo de estancia en urgencias. Por el número de médicos especialistas egresados y certificados actualmente en el país, es imposible que se pueda contar con el recurso humano especializado en urgencias. La solución actual para un jefe de servicio es delinear perfectamente bien cuáles son los procesos de atención médica en su servicio. Se debe contar con un manual de procedimientos realmente aplicable, rutas críticas claras, objetivas y prácticas que sigan todos los médicos de urgencias. Es desagradable ver cómo se cambian las indicaciones de turno a turno con

un paciente, que si bien puede el antibiótico ser igual de efectivo, no permite alinear adecuadamente el tratamiento del paciente. La variabilidad de opiniones no puede existir tan frecuente en urgencias, si bien se dice que hay enfermos no enfermedades, la medicina basada en evidencias nos permite ser más científicos en la toma de decisiones y menos empíricos. Ocúpese de este punto, es preferible que todos los médicos del servicio participen en la elaboración de estas guías, las cuales se deben revisar cada año por lo menos para mantenerlas actualizadas. La tarea más difícil es respetarlas por los médicos y seguir una misma línea. Es conveniente para el paciente que el médico salga de una guía de diagnóstico y tratamiento cuando no sea el cuadro clásico o más frecuente, justificando el porqué de ello en el expediente clínico a fin de que el resto de los médicos continúe por este camino.

3. Información. Punto clave para reducción de riesgos. Es un derecho del paciente, es una obligación del médico. Para algunos médicos de urgencias resulta en ocasiones muy molesto tener que informar a los familiares de sus más de 20 pacientes que valoró en el servicio de urgencias durante una cansada jornada de trabajo. Habrá que evadir esto a como dé lugar, dirían algunos. No es infrecuente escuchar cómo el compañero le dice a la asistente o trabajadora social que no tiene tiempo para informes, que tiene un paciente grave (aunque no sea cierto), que ya va de salida, etc. Pero se olvida muchas veces que el que está acostado en la camilla 3 no es un objeto, un número o una tarjeta de identificación. Es un ser humano igual que el médico y la enfermera, con sentimientos, con seres queridos que se encuentran en la sala de visitas esperando con ansiedad una noticia, una palabra de esperanza o el comentario de lo irremediable. Qué angustiante es estar esperando y esperando sin que alguien diga nada. Esta situación es más frecuente en medicina institucional por la gran carga de trabajo que existe y porque en lo particular los familiares no le pagarán al médico por esa información. Si realmente se quiere cambiar la calidad del servicio, se deberá dar información en el 100% de los casos. Ésta deberá ser real, objetiva, clara, entendible para el nivel de los familiares. Nunca decir lo que no le consta al médico, lo que no se sabe o lo que afectará negativamente al compañero médico. El derecho del paciente a la confidencialidad debe ser también respetado. Cuidado con lo que se dice y a quién se le dice. Divulgar la noticia de una infección por virus de VIH debe hacerse con máximo cuidado y bajo consentimiento del mismo paciente. Si el médico informa con oportunidad y veracidad los problemas médico legales y demandas contra el médico y la institución se reducen dramáticamente.

Se ha comprobado que la ausencia de información a familiares y pacientes es un gran factor de riesgo para el médico de urgencias. Cuando se encuentre muy cansado, piense en función de lo anterior, sea paciente y tolerante, descansará más tranquilo si otorga información. No evadir esta responsabilidad del médico es una excelente estrategia de protección, evite la medicina defensiva.

4. Amabilidad y cortesía. Éstas son dos cualidades que tiene el personal de salud. Por algo se estudió para médico, tener la "vocación" dirían algunas personas. Cuidar, ayudar, no dañar preceptos del médico de urgencias. La amabilidad y cortesía van de la mano con lo anterior ¿Es acaso muy difícil presentarse con el paciente y saludarlo de mano, cuando las condiciones clínicas lo permitan? Para muchos colegas es realmente imposible hacer esto, no va con la categoría y nivel de preparación que tiene el médico. Es una lástima ver cómo se van perdiendo estas cualidades que tiene el médico, es quizá por el exceso de trabajo diario, por lo "rápido" que se hace una valoración médica, por el estrés vivido, por el síndrome de Burnout etc. Por cualquier motivo. Es una realidad poca amabilidad y cortesía. Y qué decir de personal auxiliar, el camillero, la enfermera, el personal de intendencia, la asistente médica, la trabajadora social, el vigilante de la entrada, etc. La calidad se ha dicho, se mide como un todo, una falla en la amabilidad y cortesía, condena a la insatisfacción al paciente y todo el excelente trabajo médico que se realizó al suelo, el paciente se va hablando mal del hospital por falla en este punto. Así será un gran trabajo y compromiso del jefe de servicio, directivos y personal operativo trabajar en relación a la amabilidad y cortesía. Los cursos impartidos sobre trato al público, calidad y amabilidad, etc. son indispensables dentro de la organización. Si bien la educación se aprende en el hogar, nunca es tarde para corregir la dirección del buen trato. Después de todo el humanismo sigue siendo la base de nuestra profesión. Invierta tiempo y recursos en este objetivo, realmente vale la pena.
5. Apoyo diagnóstico y terapéutico. La medicina actual es de equipo, el servicio de urgencias requiere apoyo inmediato de otras especialidades, son padecimientos de urgencia, no puede esperar la interconsulta hasta mañana. La integración de las demás jefaturas de servicio para brindar un apoyo oportuno a urgencias en estudios de laboratorio, radiodiagnóstico, cirugía general, ginecología, ortopedia, etc. es fundamental para brindar una buena calidad. La demora en los estudios de laboratorio, la selectividad de lo realmente necesario en estos estudios, la falta de un cirujano general o anestesiólogo para intervenir a un paciente con una urgencia quirúrgica, etc. son problemas cotidianos con los que habrá que tra-

bajar. En relación a esto la estrategia estriba en tener reuniones conjuntas de trabajo entre las diferentes jefaturas de servicio para resolver conjuntamente los problemas. Dar prioridad a los estudios de urgencias, delinear los estudios realmente necesarios en este departamento para evitar la sobresaturación del laboratorio y Rx dando tiempo al personal de estas secciones para responder más rápidamente. Generar un verdadero compromiso de los médicos interconsultantes como son cirugía, ortopedia, cirugía plástica etc. para un apoyo inmediato. Actualmente la capacidad técnico médica del especialista en medicina de urgencia, permite resolver un buen número de problemas que compete también a otros especialistas y cuando se solicita la valoración por otro colega realmente está justificada.

6. Expediente clínico adecuado. Algunos se preguntarán qué tiene que ver el expediente con la calidad. El expediente refleja muchas situaciones del servicio. La buena elaboración del expediente clínico, el orden, la pulcritud, legibilidad, cumplimiento con la norma oficial mexicana para el expediente clínico, etc. Son muestra de la preocupación del médico por contar con una herramienta muy valiosa, desde el punto de vista médico y legal. Consultar un expediente clínico que "enseñe" con la calidad de sus notas médicas y su contenido habla muy bien en favor del servicio de urgencias. En un artículo próximo se hablará ampliamente del expediente clínico, por lo que se invita al lector a la referencia posterior. El servicio de urgencias deberá contar con un subcomité para la evaluación del expediente donde se revisen periódicamente los documentos de urgencias que cumplan con los lineamientos preestablecidos en el comité de expediente clínico del hospital. Se sugiere que sean los médicos de base y enfermeras los que integren este subcomité y que sea una participación cíclica para aportar ideas nuevas. Se deberán elaborar actas de estas revisiones para recomendaciones al personal involucrado en las desviaciones observadas. Mantener expedientes adecuados en urgencias es sinónimo de garantía de una buena defensa ante problemas médico legales o quejas formales de pacientes insatisfechos. No se debe permitir que los médicos en formación, como son residentes e internos, pongan notas en el expediente clínico que contengan información no real sobre el estado clínico del paciente o que no hayan sido supervisadas y avaladas por el médico titular. Este personal médico está en formación y no tiene la responsabilidad del buen cuidado del paciente en su totalidad.
7. Supervisión de los procesos. Hay que ver que sucede todos los días en la atención de los pacientes. El médico responsable del servicio tiene que pasar visita paciente por paciente en compañía de sus médicos de base y resi-

dentos para evaluar cómo se ha tratado al paciente, si se aplicaron las guías diagnósticas y terapéuticas adecuadamente, si el trato ha sido con amabilidad y cortesía, si no faltan medicamentos en la dotación del servicio, etc. Son múltiples los problemas que el jefe puede resolver en compañía de su equipo si realiza una evaluación de los procesos directamente en el área, no en el escritorio de su oficina. La evaluación del proceso en su conjunto le toca al subdirector y director del hospital, quienes tienen que estar presentes también en el servicio compartiendo problemas con el personal operativo y haciendo sentir seguro al jefe de servicio. La evaluación del proceso estratégico le compete al director de la unidad. Los éxitos deben ser compartidos por todos, ya que cuando se logra mejorar la calidad de atención y los indicadores, el grupo de trabajo debe ser motivado con este éxito y buscar nuevas metas. Nunca se terminan los problemas, nunca se puede decir que se ha alcanzado la perfección en calidad, los retos son nuevos y cada vez más difíciles. La presencia en la operación de los líderes y autoridades de la unidad ayuda a delinear las políticas y estrategias útiles para el éxito.

REFERENCIAS

1. Malagón LG, Galán R, Pontón G. *Garantía de calidad en salud*. México: Panamericana; 1999. p. 18-29.
2. ACEP: Definition of emergency medicine and the emergency physician. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 1240-1241.
3. Primary care in the emergency room: high in cost and low in quality. *N Engl J Med* 1982; 306: 998.
4. The effectiveness of an organized emergency department follow-up. *Ann Emerg Med* 1986; 15: 911-915.
5. Emergency department satisfaction: What matters most? *Ann Emerg Med* 1993; 22: 586-591.
6. Al-Assaf AF, Schmele JN. *The textbook of total quality in health care*. St. Lucie Press, Delray Beach, Florida, 1993.
7. Alvear C. *Calidad total. Conceptos y herramientas prácticas*. México; Limusa; 1998. p. 14.26.
8. Ruelas E. Sobre las garantías de calidad: conceptos, acciones y reflexiones. *Gac Med Mex* 1994; 130(4).
9. Aguirre-Gas H. Administración de la calidad de la atención médica. *Rev Med IMSS* 1997; 35: 257-64.
10. Donabedian A. *Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica*. México. Instituto Nacional de Salud Pública: 1990.
11. Berwick DM, Godfrey AB, Rossaner J. *Curing health care, New strategies for quality improvement*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco-Oxford, 1991.
12. Gaucher EJ, Coffey RJ. *Total quality in health care, From theory to practice*. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1993.
13. Deming WE. *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for advanced engineering study, Cambridge, Mass 02139, 1986.
14. Gilmore C, Novaes H. *Gerencia de calidad*. Washington D.C.: OPS; 1996.
15. Burmester H. Reflexiones sobre los programas hospitalarios de garantía de la calidad. *Rev Panam Salud Pública* 1997; (2): 149-54.

Correspondencia:

Dr. Raúl Peña Viveros

Hospital General Regional 72 IMSS.
Tel. 55 65 94 44 Ext. 310
Filiberto Gómez S/N esquina Gustavo Baz
Tlalnepantla Estado de México
Subdirección Médica
raulpv@prodigy.net.mx