



## Caso Servicio de Salud Español

Gestión de Operaciones (Pontificia Universidad Católica de Chile)



Escanea para abrir en Studocu



SHAUNA DOYLE  
ROCCO PIGNERI  
DAVID H. MAISTER

## Servicio de salud de la Universidad: centro de cuidados ambulatorios

Kathryn Angell miraba a través de la ventana de su oficina de Holyoke Center, en julio de 1980, ajena al bullicio en la calle Mount Auburn. En julio de 1979, poco después de recibir su diploma de máster en Política y Administración Sanitaria de la Harvard School of Public Health, Angell había sido contratada por el Servicio de Salud Universitario como directora adjunta de servicios ambulatorios. Uno de los principales objetivos de este nuevo cargo era la reorganización del Centro Ambulatorio (CA): precisamente el tema de la tesis de Angell.

Como principal administradora de la clínica, responsable de su funcionamiento diario, la organización de los servicios médicos y de apoyo, así como de la planificación global, Angell recibió el encargo de mejorar la prestación de la asistencia sanitaria a través de una mejor coordinación de servicios y la implantación de nuevos programas. Poco después de asumir su cargo, Angell implantó un sistema de triage (evaluación y determinación de prioridades) en el Centro Ambulatorio, mediante el cual los pacientes recién llegados eran evaluados por un coordinador del triage a fin de determinar si debían ser tratados por una enfermera practicante o por un médico. Un año más tarde, Angell estaba preparada para evaluar el desempeño de la clínica.

### El servicio de salud universitario

El Servicio de Salud Universitario (SSU) ofrecía asistencia sanitaria a estudiantes, personal administrativo y profesores de la Universidad de Harvard, así como a sus familiares dependientes, que podían elegir ciertos planes de seguro médico en los que se incluían los servicios del SSU. Puesto que el sistema estaba prepago para más del 90% de los usuarios potenciales, el SSU funcionaba principalmente como una organización de mantenimiento de la salud.

Los servicios médicos ofrecidos incluían: quirófano, servicio de urgencias durante las 24 horas, unidad de hospitalización, cuatro ambulatorios (incluyendo el Centro Ambulatorio y tres servicios de asistencia clínica primaria asociados a escuelas profesionales específicas de Harvard), servicio de salud mental, laboratorio, radiología y otros servicios especializados. Los pacientes podían escoger libremente a su médico, al cual podían visitar pidiendo hora previamente y quien podía, si fuese necesario, remitir al paciente al especialista apropiado. Las enfermedades agudas o urgencias eran tratadas en los ambulatorios.

---

El caso de LACC número 603-S03 es la versión en español del caso HBS número 9-681-061. Los casos de HBS se desarrollan únicamente para su discusión en clase. No es el objetivo de los casos servir de avales, fuentes de datos primarios o ejemplos de una administración buena o deficiente.

Copyright 2005 President and Fellows of Harvard College. No se permitirá la reproducción, almacenaje, uso en plantilla de cálculo o transmisión en forma alguna: electrónica, mecánica, fotocopiado, grabación u otro procedimiento, sin permiso de Harvard Business School.

Para el ejercicio fiscal 1979-1980, se asignó al SSU un presupuesto de alrededor de 10 millones de dólares para cubrir el total de gastos de asistencia sanitaria (véase **Anexo 1**). De estos 10 millones, se destinaron al CA cerca del 20%, lo que incluía los sueldos de profesionales y administrativos, gastos generales y suministros. Los sueldos para médicos de asistencia primaria oscilaban entre 35.000 dólares y 55.000 dólares anuales. Las enfermeras cobraban entre 16.000 dólares y 26.000 dólares anuales, según su nivel de experiencia. El SSU gastaba un 18,5% adicional, calculado sobre los sueldos tanto de médicos como de enfermeras, que destinaba a sus prestaciones.

Los médicos trabajaban cuarenta y seis semanas anuales de cuarenta horas. De las cuarenta horas, trabajaban unas doce en el CA, dieciséis en consultas con los pacientes, cinco de guardia en la enfermería del SSU y siete horas en asuntos administrativos y otros. Mediante un precedente establecido, se requería que todos los médicos de asistencia primaria del SSU trabajaran en el CA. A los médicos que trabajaban tiempo parcial se les asignaba una cuota proporcional de su tiempo. Incluido en el tiempo dedicado a las visitas (normalmente concertadas por la secretaria del médico a intervalos de media hora), había dos períodos semanales de media hora conocidos como «tiempo de reserva». Durante estos períodos, el médico podía pedir a pacientes que fuesen a verlo en su consulta, por ejemplo, para controlar la evolución del tratamiento; sólo el médico podía programar las visitas del tiempo de reserva. El médico podía a veces ver hasta cuatro pacientes durante la media hora del tiempo de reserva. La mayoría de los médicos preferían ver a sus pacientes en su consultorio que en la Clínica Ambulatoria, debido en parte al ritmo frenético de trabajo en la misma, pero también porque preferían ver a los pacientes con los que ya estaban familiarizados.

## La clínica ambulatoria

La Clínica Ambulatoria del Holyoke Center proporcionaba la asistencia más completa de los cuatro ambulatorios del SSU. Los pacientes con problemas médicos y quirúrgicos agudos que no habían elegido a un médico del SSU o que no podían esperar una visita con su médico de cabecera eran atendidos según su orden de llegada de lunes a viernes, de 08,00 a 17,30 horas. La clínica también estaba abierta los sábados de 08,00 a 12,45 horas. Por supuesto, las urgencias, que eran relativamente pocas, eran atendidas inmediatamente. La clínica tenía doce salas de curas –cuatro para las enfermeras y ocho para los doctores. Sin embargo, tres de las salas para doctores eran permanentemente asignadas a los mismos médicos como sus despachos de la SSU y sólo estaban disponibles para la Clínica Ambulatoria cuando esos médicos realizaban sus labores en la clínica.

En 1979, el CA atendió a más de 37.400 pacientes que padecían desde resfriados, náuseas y enfermedades respiratorias hasta apendicitis aguda y dolores torácicos. De los pacientes que visitaron la clínica, el 67% eran estudiantes; el 23%, personal de la universidad, y el 10%, familiares y beneficiarios de los programas Medex y Medicare. Un estudio del SSU realizado durante un período de tres semanas en 1980 mostró que se atendía un promedio de 143 pacientes diariamente (véanse **Anexos 2 y 3**).

El nivel de dotación de personal de la Clínica Ambulatoria se establecía en base a la experiencia anterior de los períodos de máxima afluencia de visitas, que típicamente ocurría entre las 10,00 y 16,00 horas (véase **Anexo 4**). No existían criterios fijos para establecer el nivel de dotación de personal; sólo se hacían pequeños ajustes de un año a otro para poder dar una mayor cobertura en los períodos en que estarían especialmente ocupados. Los horarios de los veintidós médicos eran programados por Angell, que generalmente disponía de éstos en bloques de tres o cuatro horas durante la semana. Debido a las personas que trabajaban a tiempo parcial, a las tareas administrativas y otros factores, la media de horas semanales de atención médica disponible para la Clínica Ambulatoria ascendía tan sólo a 150. La Clínica Ambulatoria también contaba con dos enfermeras registradas y once enfermeras practicantes (EP), que eran enfermeras diplomadas que habían recibido una formación médica adicional y que podían tratar

enfermedades menores sin necesidad de consultar a un médico. Algunas de las EP también trataban a pacientes con hora convenida. Enfermeras y EP trabajaban turnos de ocho horas, que incluían una hora para comer. Las EP trabajaban durante noches y fines de semana en la sala de urgencias del SSU y realizaban una variedad de tareas semiadministrativas, como recibir resultados de análisis por teléfono. Cerca de un 45% de las horas de trabajo de las EP eran destinadas al tratamiento de pacientes en la Clínica Ambulatoria.

## Organización previa al sistema de triage

Antes de la institución del sistema de triage, la visita típica del paciente a la Clínica Ambulatoria procedía de la siguiente forma: A su llegada, el paciente rellenaba un formulario en la mesa de entrada con sus datos personales y tomaba asiento en la sala de espera. A continuación, la recepcionista solicitaba la historia del paciente al Departamento de Archivos. La operación de búsqueda y envío de la historia a la clínica tardaba entre ocho y nueve minutos. La recepcionista llevaba la historia a la «mesa médica», donde una administrativa la verificaba para comprobar que todos los resultados recientes de las pruebas de laboratorio estuvieran incluidos en la misma y que la dirección y el número de teléfono del paciente fueran los actuales. Tras finalizar esta verificación, que duraba unos cinco minutos, la administrativa colocaba la historia y la hoja previamente rellenada por el paciente en una pila según orden de llegada de los pacientes. Cuando su historia alcanzaba el primer puesto de la pila, el paciente era visitado por la primera enfermera disponible. Si se trataba de un problema menor, la enfermera proporcionaba el tratamiento requerido. Si el paciente todavía necesitaba visitar al médico, tras diez minutos de diagnóstico con la enfermera, se le enviaba de nuevo a la sala de espera y la enfermera procedía a colocar su historia en una pila para los médicos, siguiendo también el orden de llegada inicial. A continuación, el paciente era visitado por el médico disponible.

Existía una gran insatisfacción respecto a la Clínica Ambulatoria por parte de los pacientes. La principal queja era el tiempo de espera entre el momento de llegada y el del tratamiento. Este período de tiempo era, por término medio, de unos veintitrés minutos; sin embargo, hasta el 22% de todos los pacientes tenían que esperar más de treinta y cinco minutos para su primer contacto con una enfermera. Un estudio de la clínica realizado en noviembre de 1978 descubrió que los pacientes que solicitaban una enfermera o médico específico al llegar esperaban un promedio de cuarenta minutos antes de ver a esa persona; este grupo sumaba aproximadamente el 19% de la carga total de pacientes. Si la enfermera tenía que enviar el paciente a un médico, otros diez minutos transcurrían entre el final de la visita de ésta y la visita del médico. Algunos pacientes se habían quejado de que la duración de la espera con frecuencia no guardaba relación con la naturaleza de la visita (en algunos casos, esperaban hasta cincuenta y cinco minutos para renovar una receta). Parece que otros pacientes evitaban acudir a la Clínica Ambulatoria debido al tiempo que tenían que esperar. Los pacientes veían la CA como fría, ineficaz e impersonal.

Los miembros del personal administrativo y médico del SSU también consideraban que la clínica podía funcionar mejor. El doctor Sholem Postel, director adjunto y jefe de servicios profesionales (médicos y enfermeras) del SSU realizó las siguientes declaraciones acerca de los problemas previos al sistema de triage:

«Todas las enfermeras participaban en la revisión inicial de todos los pacientes. Esto creaba un cuello de botella, puesto que cada enfermera decidía por su cuenta el grado de asistencia que necesitaba un paciente y le proporcionaba toda la asistencia que podía antes de, si era necesario, hacer esperar al paciente para que lo viera un médico. Esto dio pie a una falta de uniformidad y una variación excesiva del tratamiento debido a los diferentes niveles de experiencia y destreza de las enfermeras. Además, aunque las enfermeras veían a todos los pacientes, sólo trataban

definitivamente al 40%. El resultado: un esfuerzo duplicado (en tiempo, preguntas y reconocimiento) en aquellos pacientes que eran remitidos posteriormente a un médico.»

## El sistema de triage

Para superar estos problemas, se introdujo en septiembre de 1979 un sistema de triage. El sistema fue definido como «la evaluación preliminar y envío de los pacientes a los recursos sanitarios adecuados, basado en decisiones sobre la naturaleza del problema del paciente y el conocimiento de las prioridades y capacidades de los recursos sanitarios disponibles». (El **Anexo 5** compara los tiempos totales de procesamiento bajo el sistema de triage y el sistema previo. El **Anexo 6** presenta el porcentaje de pacientes que fueron tratados por los diversos «proveedores» del sistema.)

Bajo el sistema de triage, el paciente, a su llegada, rellenaba un Formulario de Visita Ambulatoria (FVA) en el que se le preguntaba la razón de su visita, así como sus datos personales (véase **Anexo 7**). Si el paciente marcaba la casilla de «asistencia de urgencia», el personal de la mesa de entrada notificaba este hecho inmediatamente a un médico, EP o coordinadora de triage. En la mayoría de los casos, sin embargo, el personal de la mesa de entrada se limitaba a revisar el FVA para comprobar que estuviese completo y pedía a Archivos la historia médica del paciente. Tras recibir la historia, una administrativa comprobaba los datos de ésta con los que había indicado el paciente en el FVA, asegurándose de que todos los datos personales y pruebas anteriores estuvieran debidamente archivados y actualizados, y luego colocaba la historia cronológicamente en una «pila de triage».

Cuando llegaba su turno, una de las dos coordinadoras de triage (enfermeras registradas con mucha experiencia) llamaba al paciente y establecía el contacto inicial. La coordinadora de triage realizaba una breve visita con el paciente en una habitación privada y luego resumía la naturaleza del problema del mismo. Si la coordinadora decidía que el problema revestía la suficiente gravedad para requerir una atención más inmediata, situaba al paciente por delante de los otros enfermos que aguardaban la visita médica.

Como explicó una de las coordinadoras de triage:

«Mi tarea consiste en determinar la principal dolencia del paciente y enviarlo o bien a un médico o bien a una EP. Dedico unos tres o cuatro minutos a cada paciente y raramente sobrepaso este tiempo: Esto ocurre sólo cuando el paciente es incapaz de describir claramente sus síntomas o cuando sobreestima la gravedad de su enfermedad. Sin embargo, no hay limitación de tiempo para determinar el estado de un paciente.»

La coordinadora de triage no trataba al paciente, sino que determinaba, según las pautas establecidas y sus propios criterios, si el paciente requería ser visitado por una EP o un médico en la Clínica Ambulatoria o si el problema podía tratarse mejor mediante una visita concertada o el envío del paciente a otro servicio comprendido en el SSU. Los pacientes eran atendidos por una EP si su enfermedad entraba en una de las trece categorías (véase **Anexo 8**). Toda enfermedad que no se encontrara en estas categorías requería la atención de un médico, a no ser que la coordinadora de triage considerara que una EP podía tratar el problema. Sin embargo, si una EP trataba un problema que no se incluía en estas categorías, se necesitaba la autorización de un médico. Esto significaba que la enfermera tenía que encontrar a un médico que firmara la ficha médica para poder atender al paciente. En algunos casos, el médico optaba por visitar o reconocer al paciente antes de firmar, mientras que otros médicos firmaban sin más. La ampliación de estas categorías más allá de las trece enfermedades específicas requería, según la ley, la confección de unas pautas detalladas de tratamiento para que la EP pudiera tratar al paciente sin consultar previamente con el médico. El SSU tenía prevista esta ampliación para el

futuro inmediato, aunque se desconocía el número de pacientes que se verían afectados por esta medida.

Tras la visita de la coordinadora de triage, el paciente regresaba a la sala de espera mientras se colocaba su historia cronológicamente en la pila de la EP o del médico, a menos que se determinara que el paciente precisaba una atención más inmediata. Los médicos visitaban un promedio de 3,1 pacientes por hora y las EP, unos 1,8 pacientes por hora, aunque existía una gran variación en esta cifra.

Cuando se instituyó el sistema de triage, los administradores del SSU habían calculado que el tiempo de espera para ver a una coordinadora de triage sería de alrededor de quince minutos, y el tiempo de espera para ver a una EP o médico, menos de diez minutos. No obstante, un estudio del SSU realizado en 1980 mostró que, en realidad, los pacientes tenían que esperar una media de 19,7 minutos para ver a la coordinadora y una media de 18,6 minutos desde el inicio de su visita a la coordinadora hasta el momento de ser visitados por una EP o médico. El tiempo de espera total promedio era de 37,5 minutos medidos desde el momento en que el paciente recibía el FVA (véase **Anexo 9**).

«Cuando introdujimos el sistema de triage, pensábamos que las EP podrían atender a un mayor número de pacientes, lo que permitiría que los médicos dedicasen más tiempo a cada visita. Por desgracia, esto no ha ocurrido. Entre las razones de esto puede estar el hecho de que a veces las coordinadoras de triage clasifican a los pacientes como Médico/EP para mantener el flujo de pacientes cuando perciben que las EP tienen una sobrecarga de trabajo. Así, los médicos ven aumentada su porción de pacientes en situaciones de sobrecarga. Nosotros no queríamos esta clasificación Médico/EP y hemos pedido a las coordinadoras de triage que dejen de utilizarla. En caso de duda han de remitir al paciente a una EP».

Entre los pacientes que inicialmente eran visitados por una EP, alrededor del 5% eran remitidos posteriormente a un médico. Si se consideraba que el tratamiento adicional sería breve, el paciente permanecía en la habitación de la EP mientras se iba a buscar al médico. Si se anticipaba un tratamiento de mayor duración por parte del médico, el paciente pasaba a la cola de espera correspondiente según su número de EP. Así, si había otro paciente en la cola de espera que había llegado antes que el referido, éste pasaría primero a la visita. Aunque la media de tiempo que tomaba evaluar y enviar al paciente a un médico o a una EP era casi igual (cerca de 19 minutos), el tiempo de espera promedio para ser visitado por el médico era mucho mayor (25,2 minutos) que el tiempo de espera promedio para ser visitado por una EP (6,7 minutos).

Se sospechaba que una de las razones de esta diferencia de tiempos de espera era debido al porcentaje de pacientes que solicitaban ser visitados por un médico o EP específico. Tras instituir el sistema de triage, esta proporción aumentó al 24% de todos los pacientes, de sólo un 19% antes de la misma. Estos pacientes aún tenían que ver primero a la coordinadora de triage, quien podía intentar disuadirlos de esperar a una persona específica. No obstante, si el paciente decidía esperar, no se le otorgaba prioridad con respecto a los pacientes que habían llegado antes. Para casi un tercio de los médicos, más del 40% de los pacientes que visitaban en la Clínica Ambulatoria habían solicitado ser examinados específicamente por ellos (véase **Anexo 10**).

Aunque el tiempo de espera para la evaluación inicial de los pacientes que solicitaban un médico o EP específico era idéntico que para los que no lo solicitaban, los primeros tenían que esperar una media de 8,6 minutos más que los segundos para ver al médico o EP. Pero como afirmó Mary Dineen, enfermera practicante, y supervisora de enfermería ambulatoria:

«Parece ser que a los médicos se les permite recibir visitas de sus pacientes regulares en el servicio ambulatorio. Hay pacientes cuyos médicos tienen una larga lista de espera, que se enteran del horario que cumple el médico en la Clínica Ambulatoria y acuden a la misma tras

concertar una hora. Esto puede ser hasta cierto punto un mal necesario, pero hoy, por ejemplo, dos de los cinco médicos de guardia están ocupados al 100% con “visitas ambulatorias”. Esto ha supuesto una reducción del 40% de nuestros recursos disponibles para atender a nuestros auténticos pacientes ambulatorios y ha supuesto una gran afluencia de pacientes a nuestra sala de espera.»

Peter Zuromskis, un médico de la Clínica Ambulatoria, también sugirió algunas razones del uso indebido de la operación ambulatoria:

«Mi evaluación del grado de descontento que nuestros pacientes han manifestado acerca del sistema es que representa un enfoque de la asistencia ambulatoria aguda muy distinto de sus experiencias anteriores. Los pacientes, comprensiblemente, siguen sintiéndose atraídos por la imagen nostálgica del médico de cabecera que conoce bien a sus pacientes y es capaz de ofrecer consejos y tratar enfermedades menores en su consultorio, aparentemente sin toda la burocracia que esto implica en la actualidad. Lógicamente, esto es imposible en una clínica que brinda el volumen y la variedad de servicios asistenciales que ofrece el SSU a una amplia y heterogénea población aquejada de una gran variedad de enfermedades, desde molestias relativamente insignificantes hasta las urgencias más graves. Nuestro objetivo no es, ni debe ser, dar una imagen que evoque al consultorio de un médico rural, sino ofrecer la mejor asistencia posible a todos nuestros pacientes, especialmente a aquéllos cuyas necesidades médicas son más urgentes.»

Aunque el nuevo sistema había sido objeto de elogios espontáneos por parte de los pacientes, Angell sabía que todavía había problemas. Se mostraba preocupada porque creía que el hecho de centrarse en la «mecánica» del problema daba lugar a que se pasara por alto otras dimensiones del sistema. Algunas de las quejas de los pacientes aún denotaban tiempos de espera «excesivos» y la falta de comprensión del sistema de triage como ilustra la siguiente opinión específica que se presentó al defensor de pacientes del SSU:

«He acudido a la clínica para ver a un médico por un problema muy sencillo (una leve irritación de garganta); primero he sido visitado por una «enfermera de triage» (quien selló mi formulario y me hizo volver a la sala de espera) y después por una EP (que miró, palpó y exploró, pero no se atrevió a ofrecerme ninguna opinión). Llevo treinta minutos esperando, he visto a muchas personas pero no al médico.»

El personal médico y administrativo de la Clínica Ambulatoria consideraba, no obstante, que, aunque la clínica todavía no era todo lo eficaz que desearía, el sistema de triage había constituido una mejora. Como comentó el doctor Warren Wacker, director del SSU:

«Hoy por hoy, estoy satisfecho con los resultados del sistema de triage y espero que dentro de un año el sistema esté funcionando a las mil maravillas. Por supuesto, entre tanto tendremos que resolver algunos problemas empalagosos. Por ejemplo, tenemos que ampliar las trece pautas para las EP y definir con más precisión los papeles de éstas y de los médicos dentro de la Clínica Ambulatoria. Otro problema es cómo educar a los estudiantes en el concepto de Clínica Ambulatoria. Las expectativas de la medicina tradicional no encajan con nuestro concepto ambulatorio.»

## El dilema de Angell

Angell se enfrentaba ahora a la tarea de revisar los datos de un año de funcionamiento del sistema, así como las preocupaciones planteadas por diversos grupos asociados a la clínica y sus propias observaciones. ¿Qué cambios había que efectuar? ¿Era necesario efectuar algún cambio? ¿Eran

aceptables los tiempos de espera actuales? Angell sabía que se estaba trabajando para ampliar las trece pautas para las EP pero, ¿sería esto suficiente para resolver todos los problemas que aún quedaban por resolver? Se preguntaba hasta qué punto el tiempo de espera en una instalación de servicios podía afectar la percepción de la calidad del servicio brindado.

Entre sus principales preocupaciones se encontraban las “visitas ambulatorias” a doctores por parte de sus pacientes regulares. Comentó al respecto:

«En otras ocasiones hemos pedido a los médicos que se abstuvieran de animar a sus pacientes que acudieran a visitarlos en la Clínica Ambulatoria. No obstante, la práctica continúa. Algunos de los médicos quieren que sus pacientes sólo sean visitados por ellos. Esto se debe en parte a razones profesionales (los médicos desean comprobar el progreso de sus pacientes) y en parte a la existencia de una filosofía generalizada que considera que la asistencia médica implica bastante más que el tratamiento y que una relación personalizada contribuye tanto a la calidad de la asistencia sanitaria como a la percepción del paciente de un buen servicio. Muchos pacientes tienen la actitud, quizás acertada, de querer ver a “su médico”. Aparte del hecho de que nunca puedes obligar a un médico a hacer nada, el SSU siempre ha tenido la filosofía de no inmiscuirse en la práctica de los médicos.

»Parte del problema es la disponibilidad general del tiempo destinado a las citas en horas convenidas. Todos nuestros pacientes pueden escoger libremente su propio “médico personal” de entre nuestros médicos. Sin embargo, esto a menudo implica que algunos médicos siempre tienen una sobrecarga de trabajo. El nivel de personal del SSU ha sido fijado de forma que haya un médico por cada 2.000 personas abonadas a nuestros distintos planes de asistencia sanitaria. De momento, la única medida que tomamos para limitar el número de pacientes “asignados” a un médico determinado es señalando al paciente la dificultad de obtener una visita con un médico abrumado de trabajo y, por norma general, esto se hace únicamente si el paciente lo solicita. No sabemos el número de pacientes visitados por cada médico en calidad de médico privado, puesto que éste es un arreglo entre el médico y el paciente y no una “designación” formal.

»Hay una serie de alternativas para afrontar este problema. Podríamos intentar educar a nuestros pacientes sobre los diversos objetivos y misiones del médico en su consultorio y en la Clínica Ambulatoria e intentar conseguir que los utilicen de forma adecuada. Podríamos pedir a las coordinadoras de triage que pusieran más empeño en preguntar a los pacientes que solicitan ser atendidos por un médico determinado si realmente necesitan ver a este médico y sugerirles alternativas. Por último, podríamos establecer una política rígida de no aceptar peticiones para ver a un médico determinado en la Clínica Ambulatoria.»

Angell tenía que considerar éstas y otras cuestiones durante las próximas dos semanas. Después de este período, tenía que compartir sus resultados y propuestas con Dineen y el doctor Postel para obtener su conformidad con respecto a los cambios necesarios y obtener su compromiso a la hora de efectuar estos cambios.



**Anexo 1** Estadísticas de ingresos y gastos\* (en dólares y porcentaje)

	1979-1980	1978-1979	1979-1980
<i>Ingresos</i>			
Cuota sanitaria estudiantes	\$3.390.023	38,2%	34,4%
Seguro de estudiantes	1.636.925	17,3	16,6
Programa de Salud Colectiva de la Universidad de Harvard	900.212	7,0	9,1
Valoración nóminas	1.589.487	16,9	16,1
Atención Medicare	252.074	1,6	2,5
Protección contra la radiación	435.603	3,8	4,4
Otros servicios	1.628.448	15,2	16,9
Total	9.832.782	100,0	100,0

*Gastos*

Salarios, sueldos y prestaciones	\$5.223.685	53,5%	53,7%
Seguro de estudiantes	1.636.925	17,2	16,8
Operación y mantenimiento de edificio	388.870	4,3	4,0
Suministros médicos/odontológicos	278.987	2,3	2,8
Laboratorios independientes	176.309	2,2	1,8
Seguro por mala práctica	49.048	1,1	0,5
Otros	1.967.436	19,4	20,5
Total	9.721.260	100,0	100,0

\* Para todas las operaciones SSU.

**Anexo 2****Promedio de visitas de pacientes cada día de la semana**

---

Lunes	163
Martes	151
Miércoles	136
Jueves	137
Viernes	128
<hr/>	
Promedio	143

---

**Promedio de pacientes de acuden a la CA por hora**

---

8 – 9 a.m.	18,2
9 – 10 a.m.	17,6
10 – 11 a.m.	16,8
11 – 12 mediodía	15,2
12 –1 p.m.	11,8
1 – 2 p.m.	16,9
2 – 3 p.m.	16,2
3 – 4 p.m.	15,9
4 – 5 p.m.	11,6
5 – 6 p.m.	2,8

---

**Anexo 3** Distribución de pacientes según motivo de visita

Motivo*	Porcentaje del total
Urgencia	1,4%
Médico: visita inicial**	41,3
Médico: visita de seguimiento	11,3
Médico: atención específica	24,0
Quirúrgico: visita inicial**	0,1
Quirúrgico: visita de seguimiento	0,8
Resultados de laboratorio	2,0
Análisis de sangre prematrimonial	0,4
Presión sanguínea	2,2
Receta: diagnóstico confirmado	0,8
Repetir receta	2,0
Administrativo	1,0
Otros	1,7
No especificado	11,0
	100,0

\* Indicados por el paciente.

\*\* Visita inicial correspondiente a la dolencia específica: no ha de interpretarse como la primera visita de un paciente a la Clínica Ambulatoria.

#### Anexo 4 Programación para profesionales médicos: clínica ambulatoria

	Lunes		Martes		Miércoles		Jueves		Viernes	
	Médicos	EP	Médicos	EP	Médicos	EP	Médicos	EP	Médicos	EP
8 - 9 a.m.	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9 - 10 a.m.	2,5	4	3	4	2,5	4	2	4	2,5	4
10 - 11 a.m.	5	4	4	4	5	4	5	4	5	4
11 - 12 mediodía	3	4	3	4	3	4	3	4	4	4
12 - 1 p.m.	3	2,5	2	2,5	2,5	2,5	3	2,5	2,5	2,5
1 - 2 p.m.	3	2,5	3	2,5	3	2,5	2	2,5	3	2,5
2 - 3 p.m.	3	4	4	4	3	4	3	4	4	4
3 - 4 p.m.	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
4 - 5 p.m.	3	2,5	2	2,5	2	2,5	3,5	2,5	3	2,5
5 - 6 p.m.*	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2

Las estadísticas para las EP (enfermeras practicantes) no incluyen a las enfermeras de triage.

\* La clínica admitía al último paciente a las 5:30 p.m. El personal, no obstante, tenía que quedarse hasta las 6:00 p.m.

**Anexo 5** Comparación de totales del tiempo de procesamiento, pre y post triage (en minutos)

	Sistema anterior	Sistema de triage
I Procesamiento inicial		
• Registro/impreso FVA	2,0	2,0
• Búsqueda historia médica	8,5	8,5
• Comprobación historia médica	5,0	5,0
• Espera para evaluación inicial	n.d.	4,2
• Evaluación inicial	n.d.	3,5
II Pacientes tratados por EP		
• Tiempo de espera por EP	7,5 - 19,5	6,7
• Tratamiento por EP	32,8	32,8
III Pacientes tratados por los médicos		
• Tiempo de espera por EP	7,5 - 19,5	n.d.
• Evaluación por EP	10,0	n.d.
• Tiempo de espera (médico)	10,0	25,2
• Tratamiento por médico	19,4	19,4
IV Pacientes tratados por persona específica		
• Tiempo de espera para médico o EP específico	24,5	33,8
• Tratamiento por médico o EP. específico	19,4 32,8	19,4 32,8

n.d.: no disponible.

**Anexo 6** Porcentaje de pacientes tratados definitivamente por médicos o EP

	Sistema anterior	Sistema de triage
Pacientes tratados por EP.	40%	28%
Pacientes tratados por médicos	41%	48%
Pacientes tratados por médicos o EP. solicitados	19%	24%

## Anexo 7 Formulario de Visita Ambulatoria

Nº 82336

## FOR PATIENT USE: PLEASE FILL OUT THIS SECTION COMPLETELY

TIME & DATE		UHS/ HARVARD I.D. NO. _____	
NAME: PLEASE PRINT _____		First _____	Middle _____ Last _____
BIRTHDATE _____		No. _____	Day _____ Yr. _____
LOCAL ADDRESS _____		MALE <input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/>	
PHONE DURING THE DAY _____		IS THIS YOUR FIRST VISIT TO A UHS FACILITY? YES <input type="checkbox"/>	

LOCATION OF VISIT:  
☐ Holyoke Center ☐ Law School  
☐ Business School ☐ Medical Area

IF YOUR MEDICAL RECORD IS KEPT AT A UHS FACILITY OTHER THAN  
 HOLYOKE CENTER, PLEASE CHECK HERE: BUSINESS ☐ LAW ☐ MEDICAL AREA ☐

STATUS

☐ H/R UNDERGRAD, CLASS \_\_\_\_\_  
☐ GRAD. SCHOOL (Name) \_\_\_\_\_  
☐ LESLEY COLLEGE \_\_\_\_\_  
☐ EPISCOPAL DIVINITY SCHOOL \_\_\_\_\_  
☐ STAFF WITH HARVARD UNIVERSITY \_\_\_\_\_  
☐ STAFF WITH HARVARD PROGRAM (HUGH) \_\_\_\_\_  
☐ STAFF WITH NO HARVARD INSURANCE \_\_\_\_\_  
☐ HARVARD MEDEX \_\_\_\_\_  
☐ MEDICARE (ONLY) \_\_\_\_\_

☐ STUDENT DEPENDENT WITH UHS COVERAGE  
 - UNDER 14 YEARS OLD  
☐ HUGHP DEPENDENT  
☐ HUGHP DEPENDENT—UNDER 14 YEARS OLD  
☐ MEDEX DEPENDENT  
☐ SUMMER SCHOOL: STUDENT \_\_\_\_\_  
 FACULTY \_\_\_\_\_ FAC. DEPENDENT \_\_\_\_\_  
☐ NON-MEMBER OF HARVARD UNIVERSITY  
☐ OTHER \_\_\_\_\_

## FOR UHS USE ONLY

TRIAGE TIME \_\_\_\_\_ TIME PT. SEEN \_\_\_\_\_

PROVIDER 1 NUMBER _____ NAME _____	TYPE OF CONTACT <input type="checkbox"/> WALK-IN <input type="checkbox"/> APPOINTMENT <input type="checkbox"/> BROKEN APPOINTMENT <input type="checkbox"/> CANCELLED BY UHS <input type="checkbox"/> CANCELLED BY PATIENT <input type="checkbox"/> LEFT BEFORE BEING SEEN <input type="checkbox"/> RESERVE <input type="checkbox"/> OTHER _____
PROVIDER 2 NUMBER _____ NAME _____	

SERVICE

☐ MEDICAL ☐ IMMUNIZATION  
☐ SURGICAL ☐ MENTAL HEALTH  
☐ EMERGENCY ☐ NEUROLOGY  
☐ ALLERGY ☐ NUTRITION  
☐ DENTAL ☐ OBSTETRICS  
☐ DERMATOLOGY ☐ ORTHOPEDICS  
☐ EAR, NOSE, & THROAT ☐ PEDIATRICS  
☐ EYE ☐ PHYSICAL THERAPY  
☐ GASTROENTEROLOGY ☐ UROLOGY  
☐ GYNECOLOGY ☐ OTHER \_\_\_\_\_

HEMATOLOGY

PROVIDER NO.:  
 1 ☐ 2 ☐  
☐ COULTER CBC  
☐ DIFFERENTIAL  
☐ OCCULT BLOOD (GUAIAC)  
☐ PLATELET COUNT  
☐ PROTHROMBIN TIME  
☐ RETICULOCYTE COUNT  
☐ SEDIMENTATION RATE  
☐ OTHER \_\_\_\_\_

INITIAL VISIT FOR THIS PROBLEM ☐  
 RETURN VISIT ☐

## FOR WALK-IN PATIENTS ONLY

The following information is designed to help us treat you promptly and efficiently.  
 All information will be kept confidential. If you do not wish to complete the rest of  
 the form, please check "personal" and you will be seen in turn.

WHAT IS THE REASON FOR YOUR VISIT? PLEASE CHECK:

☐ I NEED EMERGENCY CARE.☐ BLOOD PRESSURE CHECK ONLY

PRESCRIPTION(S) ONLY  
☐ DIAGNOSIS CONFIRMED, INSTRUCTED  
 TO OBTAIN PRESCRIPTION

☐ PRESCRIPTION REFILL:

UHS \_\_\_\_\_ OTHER \_\_\_\_\_

ADMINISTRATIVE PROBLEM

☐ SPORTS CLEARANCE☐ MEDICAL EXCUSE FOR EXAM☐ MEDICAL FORMS TO BE COMPLETED☐ PERSONAL☐ OTHER \_\_\_\_\_

NURSE OR DOCTOR

GENERAL SURGICAL PROBLEM

☐ FIRST VISIT FOR THIS PROBLEM☐ RETURN (REPEAT) VISIT FOR THIS

PROBLEM

☐ TOLD TO SEE: \_\_\_\_\_

NURSE OR DOCTOR

LABORATORY PROCEDURES ONLY

☐ LAB RESULTS DESIRED☐ PREMARITAL TESTS DESIRED☐ PREGNANCY TEST REQUISITION

## FOR UHS USE ONLY

TRIAGE TIME \_\_\_\_\_ TIME PT. SEEN \_\_\_\_\_

CHEMISTRY

PROVIDER NO.:  
 1 ☐ 2 ☐  
☐ BILIRUBIN  
☐ BLOOD GLUCOSE  
☐ BLOOD UREA NITROGEN (BUN)  
☐ CHOLESTEROL  
☐ CREATININE  
☐ ELECTROLYTES  
☐ SGOT  
☐ SMA 12/60  
☐ T<sub>3</sub> UPTAKE  
☐ T<sub>4</sub>  
☐ TRIGLYCERIDES  
☐ URIC ACID  
☐ OTHER \_\_\_\_\_

BACTERIOLOGY

PROVIDER NO.:  
 1 ☐ 2 ☐  
☐ CERVICAL/URETHRAL CULTURE  
☐ & GRAM STAIN  
☐ STOOL FOR CULTURE  
☐ STOOL FOR OVA & PARASITES  
☐ THROAT CULTURE  
☐ URINE CULTURE  
☐ OTHER \_\_\_\_\_

MISCELLANEOUS

PROVIDER NO.:  
 1 ☐ 2 ☐  
☐ BLOOD TYPE & RH  
☐ ELECTROCARDIOGRAM  
☐ MONILIA  
☐ PAP SMEAR  
☐ PATHOLOGY  
☐ PREGNANCY TEST  
☐ PULMONARY FUNCTION  
☐ TRICHOMONAS (WET PREP)  
☐ URINALYSIS  
☐ OTHER \_\_\_\_\_

SEROLOGY

PROVIDER NO.:  
 1 ☐ 2 ☐  
☐ HETEROPHILE  
☐ RPR  
☐ RUBELLA  
☐ OTHER \_\_\_\_\_

**Anexo 8** Categorías de enfermedades que pueden ser tratadas por EP

1. Enfermedades respiratorias víricas agudas (principalmente resfriados).
2. Amenorrea (falta de menstruación).
3. Cerumen (cera en los oídos).
4. Enterobiasis (parásitos intestinales).
5. Infección de las vías urinarias inferiores (en mujeres)
6. Mononucleosis.
7. Náuseas, vómitos, diarrea.
8. Pediculosis capitis (piojos).
9. Pediculosis pubis (ladillas).
10. Faringitis (irritación de garganta).
11. Rubéola.
12. Rinitis estacional (fiebre del heno).
13. Vaginitis (infección vaginal).



**Anexo 9** Porcentaje de pacientes esperando según tiempo esperado (en porcentaje)

<b>Intervalo (minutos)</b>	<b>Tiempo de espera* (para evaluación inicial)</b>	<b>Tiempo para ser visitado**</b>	<b>Tiempo de espera total</b>
0 - 4	1,0	24,0	0,0
5 - 9	8,0	14,0	3,0
10 - 14	24,0	12,0	7,0
15 - 19	25,0	11,0	10,0
20 - 24	19,0	9,0	10,0
25 - 29	11,0	8,0	14,0
30 - 34	6,0	8,0	11,0
35 - 39	2,0	5,0	10,0
40 - 44	1,0	4,0	8,0
45 - 49	1,0	3,0	6,0
50 - 54	1,0	2,0	7,0
55 +	1,0	0,0	14,0
	100,0	100,0	100,0
Promedio	19,7	18,6	37,5

\* Calculado desde el momento en que el paciente recibe el impreso FVA para rellenarlo.

\*\* Calculado desde el momento en que empieza la evaluación inicial hasta el momento en que el paciente es visitado por el médico o EP

**Anexo 10** Resumen de pacientes visitados y tiempo de espera para la primera cita disponible, por médico\*

Médico**	Número total de pacientes visitados	Número de pacientes que solicitaron ver a este médico		Total horas	Número de pacientes por hora	Días laborables de espera para la primera cita disponible
		No	%			
Zuromskis	113	33	(29,2)	35,0	3,14	9
Bogotá	50	23	(46,0)	17,0	2,94	24
Wellington	89	—	—	18,0	4,94	5
Byrd	76	26	(34,2)	33,0	2,30	15
Recife	78	48	(61,5)	24,0	3,25	25
Brunei	113	45	(39,8)	36,0	3,14	17
Lobito	28	10	(35,7)	6,0	4,67	21
Santiago	91	43	(47,3)	29,0	3,24	3
Hobart	59	27	(45,8)	24,0	2,46	28
Seoul	90	34	(37,8)	28,0	3,21	5
Kingston	113	26	(23,0)	25,0	4,52	7
Java	78	16	(20,5)	27,0	2,89	13
Roma	74	32	(43,2)	19,0	3,89	7
Ottawa	82	31	(37,8)	26,0	3,15	5
Caracus	53	17	(32,1)	18,0	2,94	7
Manila	25	18	(72,0)	9,0	2,78	23
Durban	48	41	(85,4)	18,0	2,67	29
Luanda	61	5	(8,2)	21,0	2,90	8
Papua	34	—	—	9,0	3,78	—
Glasgow	35	2	—	9,0	3,89	12
Cristóbal	33	3	(9,1)	19,5	1,69	2
Aukland	16	1	(6,3)	12,5	1,28	—
	1.439	481	(33,4)	463	3,10	12

\* Los datos estadísticos de este anexo han sido recopilados a partir de un estudio de tres semanas de duración.

\*\* Algunos nombres han sido cambiados.